

Morbidité anxio-dépressive chez le patient hémodialysé dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du Point G

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi



UNIVERSITE DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE : F. M. P. O. S
ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007 – 2008

THESE N°...../

TITRE

*MORBIDITE ANXIO-DEPRESSIVE CHEZ LES
PATIENTS HEMODIALYSES DANS LE SERVICE DE
NEPHROLOGIE ET D'HEMODIALYSE DU CHU DU
POINT-G*

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 04/08/ 2008 devant
la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali

Par

MEKOMGNO MARIE BEATRICE

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)**

JURY

Président du jury :	Professeur	Abdoulaye Ag Rhaly
Membre du jury :	Docteur	Samba Diop
Directeur de thèse :	Professeur	Saharé Fongoro
Co-directeur :	Docteur	Togora Arouna

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008

ADMINISTRATION :

DOYEN : **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR
1^{er} ASSESSEUR : **DRISSA DIALLO** – MAITRE DE CONFERENCES
2^{ème} ASSESSEUR : **SEKOU SIDIBE** – MAITRE DE CONFERENCES
SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR
ÂGENT COMPTABLE: Madame **COULIBALY FATOUMATA TALL** - CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

M. Alou BA.....Ophtalmologie
M. Bocar SALL.....Orthopédie Traumatologie Secourisme
M. Souleymane SANGARE.....Pneumo-phtisiologie
M. Yaya FOFANA.....Hématologie
M. Mamadou L. TRAORE.....Chirurgie générale
M. Balla COULIBALY.....Pédiatrie
M. Mamadou DEMBELE.....Chirurgie Générale
M. Mamadou KOUMARE.....Pharmacognosie
M. Ali Nouhoum DIALLO.....Médecine Interne
M. Aly GUINDO.....Gastro-entérologie
M. Mamadou M. KEITA.....Pédiatrie
M. Siné BAYOAnatomie Pathologie- Histoembryologie
M. Abdoulaye Ag RHALLY.....Médecine Interne
M. Boukassoum HAIDARALégislation
M. Boubacar Sidiki CISSE.....Toxicologie
M. Massa SANOGOChimie Analytique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

M. Abdel Karim KOUMARE Chirurgie Générale
M. Sambou SOUMARE.....Chirurgie Générale
M. Abdou Alassane TOUREOrthopédie Traumatologie
M. Kalilou OUATTARAUrologie
M. Amadou DOLO.....Gynéco-obstétrique
M. Alhousseni Ag MOHAMED.....O.R.L.
Mme Sy Assitan SOWGynéco-obstétrique
M. Salif DIAKITE.....Gynéco-obstétrique
M. Abdoulaye DIALLO.....Anesthésie-Réanimation
M. Djibril SANGARE.....Chirurgie Générale, **Chef de D.E.R**
M. Abdel Kader TRAORE Dit DIOP.....Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Abdoulaye DIALLO.....Ophtalmologie
M. Gangaly DIALLO.....Chirurgie Viscérale
M. Mamadou TRAORE.....Gynéco obstétrique
M. Filifing SISSOKOChirurgie Générale

Morbidité anxio-dépressive chez le patient hémodialysé dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du Point G

M. Sékou SIDIBE.....	Orthopédie –Traumatologie
M. Abdoulaye DIALLO.....	Anesthésie –Réanimation
M. Tiéman COULIBALY.....	Orthopédie – Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS.....	Ophtalmologie
M. Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco Obstétrique
M. Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
M. Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
M. Youssouf COULIBALY	Anesthésie Réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Issa DIARRA.....	Gynéco/Obstétrique
M. Samba Karim TIMBO.....	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO.....	ORL
M. Zimogo Zié SANOGO.....	Chirurgie Générale
Mme Diénéba DOUMBIA.....	Anesthésie –réanimation
M. Zanafon OUATTARA.....	Urologie
M. Adama SANGARE	Orthopédie –Traumatologie
M. Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
M. Doulaye SACKO.....	Ophtalmologie
M. Ibrahim ALWATA	Orthopédie –Traumatologie
M. Lamine TRAORE.....	Ophtalmologie
M. Mady MACALOU.....	Orthopédie –Traumatologie
M. Aly TEMBELY.....	Urologie
M. Niani MOUNKORO.....	Gynéco/Obstétrique
M. Tiemoko D. COULIBALY.....	Odontologie
M. Souleymane TOGORA.....	Odontologie
M. Mohamed KEITA.....	ORL
M. Bouraïma MAIGA	Gynéco/Obstétrique
M. Youssouf SOW.....	Chirurgie Générale
M. Moustapha TOURE	Gynécologue
M. Djibo Mahamane DIANGO.....	Anesthésie- Réanimation

4. ASSISTANTS

M. Mamadou DIARRA.....	Ophtalmologie
M. Boubacary GUIDO.....	ORL

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

M. Daouda DIALLO.....	Chimie Générale & Minérale
M. Amadou DIALLO.....	Biologie
M. Moussa HARAMA	Chimie Organique
M. Ogobara DOUMBO.....	Parasitologie –Mycologie
M. Yéniégué Albert DEMBELE.....	Chimie Organique
M. Anatole TOUNKARA.....	Immunologie, Chef de D.E.R.
M. Bakary M. CISSE.....	Biochimie
M. Abdourahmane S. MAIGA.....	Parasitologie
M. Adama DIARRA.....	Physiologie
M. Mamadou KONE.....	Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Amadou TOURE	Histo- embryologie
M. Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie- Virologie
M. Amagana DOLO	Parasitologie
M. Mahamadou CISSE.....	Biologie
M. Sékou F. M. TRAORE.....	Entomologie médicale
M. Abdoulaye DABO.....	Malacologie, Biologie Animale
M. Ibrahim I. MAIGA.....	Bactériologie Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Lassana DOUMBIA.....	Chimie Organique
M. Mounirou BABY.....	Hématologie
M. Mahamadou A. THERA.....	Parasitologie
M. Moussa Issa DIARRA.....	Biophysique
M. Kaourou DOUCOURE.....	Biologie
M. Bouréma KOURIBA.....	Immunologie
M. Souleymane DIALLO.....	Bactériologie Virologie
M. Cheik Bougadari TRAORE.....	Anatomie Pathologie
M. Guimogo Dolo	Entomologie Moléculaire Médicale
M. Moctar Diallo	Biologie Parasitologie
M. Abdoulaye Touré.....	Entomologie Moléculaire Médicale
M. Boubacar Traoré	Parasitologie Mycologie
M. Djibril SANGARE.....	Entomologie Moléculaire Médicale

4. ASSISTANTS

M. Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie Moléculaire Médicale
M. Bokary Y. SACKO	Biochimie
M. Mamadou BA	Entomologie, Parasitologie Entomologie Médicale
M. Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
M. Bkaise DACKO.....	Chimie Analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

M. Mamadou K. TOURE.....	Cardiologie
M. Mahamane MAIGA.....	Néphrologie
M. Baba KOUMARE.....	Psychiatrie, Chef de D.E.R.
M. Moussa TRAORE	Neurologie
M. Issa TRAORE.....	Radiologie
M. Hamar A. TRAORE.....	Médecine Interne
M. Dapa Aly DIALLO	Hématologie
M. Moussa Y. MAIGA.....	Gastro-entérologie Hépatologie
M. Somita KEITA.....	Dermato-Leprologie
M. Boubacar DIALLO	Cardiologie
M. Toumani SIDIBE.....	Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Morbidité anxio-dépressive chez le patient hémodialysé dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du Point G

M. Bah KEITA.....	Pneumo-phtisiologie
M. Abdel Kader TRAORE.....	Médecine Interne
M. Siaka SIDIBE.....	Radiologie
M. Mamadou DEMBELE.....	Médecine Interne
M. Mamady KANE.....	Radiologie
M. Saharé FONGORO	Néphrologie
M. Bakoroba COULIBALY.....	Psychiatrie
M. Bou DIAKITE.....	Psychiatrie
M. Bougouzié SANOGO.....	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE.....	Endocrinologie
M. Adama D. KEITA.....	Radiologie
M. Sounkalo DAO.....	Maladies Infectieuses

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA.....	Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA.....	Dermatologie
M. Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
M. Kassoum SANOGO.....	Cardiologie
M. Seydou DIAKITE.....	Cardiologie
M. Arouna TOGORA.....	Psychiatrie
Mme KAYA Assétou SOUCKO.....	Médecine Interne
M. Boubacar TOGO.....	Pédiatrie
M. Mahamadou TOURE.....	Radiologie
M. Idrissa A. CISSE.....	Dermatologie
M. Mamadou B. DIARRA.....	Cardiologie
M. Anselme KONATE	Hépto-Gastro-Entérologie
M. Moussa T. DIARRA.....	Hépto-Castro-entérologie
M. Souleymane DIALLO.....	Pneumologie
M. Souleymane COULIBALY	Psychologie
M. Cheïck Oumar GUINTO.....	Neurologie

4. ASSISTANTS

M. Mahamadou GUINDO.....	Radiologie
--------------------------	------------

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

M. Gaoussou KANOUTE.....	Chimie Analytique, Chef de D.E.R
M. Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
M. Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Drissa DIALLO.....	Matières Médicales
M. Alou KEITA.....	Galénique
M. Benoît Yaranga KOUMARE.....	Chimie Analytique
M. Ababacar I. MAIGA	Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Morbidité anxio-dépressive chez le patient hémodialysé dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du Point G

Mme Rokia SANOGO.....	Pharmacognosie
M. Yaya KANE.....	Galénique
M. Saïbou MAIGA.....	Législation
M. Ousmane KOITA.....	Parasitologie Moléculaire
M. Yaya Coulibaly.....	Législation

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

M. Sanoussi KONATESanté Publique, **Chef de D.E.R.**

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Moussa A. MAIGA.....	Santé Publique
M. Mamadou Sounalo TRAORE.....	Santé Publique
M. Jean TESTA.....	Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Adama DIAWARA.....	Santé Publique
M. Hamadoun SANGHO.....	Santé Publique
M. Massambou SACKO.....	Santé Publique
M. Alassane A. DICKO.....	Santé Publique
M. Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
M. Seydou Doumbia.....	Epidémiologie
M. Samba Diop	Anthropologie Médicale
M. Akory AG IKNANE.....	Santé Publique

4. ASSISTANTS

M. Oumar THIERO.....	Biostatistique
M. Seydou DIARRA.....	Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

M. N'Golo DIARRA	Botanique
M. Boubou DIARRA.....	Bactériologie
M. Salikou SANOGO.....	Physique
M. Boubacar KANTE.....	Galénique
M. Souleymane GUINDO.....	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA.....	Mathématiques
M. Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du milieu
M. Mahamadou TRAORE.....	Génétique
M. Yaya COULIBALY.....	Législation
M. Lassine SIDIBE	Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE.....	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISS	Hydrologie

Morbidité anxio-dépressive chez le patient hémodialysé dans le service de néphrologie et
d'hémodialyse du CHU du Point G

Pr. Amadou Papa DIOP.....Biochimie
Pr. Lamine GAYEPhysiologie

Dédicaces !

Je dédie ce travail à mon Seigneur et Sauveur JESUS CHRIST !

Un jour j'étais sûre que tout s'arrêterait pour moi, mes études ma vie,
c'était le désespoir total, mais dans ta grâce dans ton amour immensurable tu as
eu pitié de moi tu as effacé mes péchés, tu as ôté la malédiction qui pesait sur
moi et tu m'as redonné la vie.

Seigneur reçois toute la gloire pour ce travail, il est entièrement le tien.

Remerciements !

Au PR Zacharias Tanee Fomum La Bible dit : < la fin d'une chose vaut mieux que son commencement> Sans ton intervention je ne serais pas arrivé ;FR Zach mille fois merci.

Au Pasteur Jean François Edogue : J'ai traversé un jour la fosse du désespoir, je pensais que c'était fini pour moi mais DIEU dans sa grâce a permis que je te rencontre, tu as mis ma main dans la main du Seigneur, tu m'as porté comme un père porte son enfant ;reçois toute ma reconnaissance.

A maman Rose Edogue : Je dit merci au Seigneur pour le privilège de te connaître, aucune perle précieuse sur cette terre n'est comparable à toi ;tu es spécial et j'aimerai te ressembler ;merci pour tout ton amour et tout ton soutien.

A l'ancien Alain Nzefa : Ton grand amour m'a confondu, je t'ai vu rechercher sincèrement mon bien en fait je ne saurais traduire par les mots ce que tu as fais pour moi reçois toute ma reconnaissance.

A l'ancien Bernard Kaninda : Je ne sais pas ce que j'ai fait pour mériter cette grande place dans ton cœur, DIEU m'a juste fait grâce. Merci pour tout Tonton.

A l'ancien Moussa, l'ancien Walid, l'ancien Richard, l'ancien Moïse : merci pour tout votre amour et tout votre soutien.

Au Seigneur pour mon feu père Tagne Abraham : Je ne l'ai pas connu mais mon cœur est reconnaissant envers toi car j'ai reçu le témoignage qu'il a marché avec toi ; que le nom de l'Eternel soit béni.

A ma mère Mme veuve Tagne Esther : DIEU m'a accordé le privilège grandir à tes côtés. Je connais ta bravoure, ton courage, ton zèle ; je suis fier de toi maman, merci pour tout.

A mes tantes Maman Rachel, Maman Hélène, Maman Caline : de tout votre cœur vous avez été avec moi, milles fois merci.

A mon grand frère DR Nkoagne Josué : Merci pour tout ton sacrifice pour moi ; pendant plusieurs années, papa n'étant plus là tu as déployé beaucoup d'effort pour que je réussisse. Sincèrement merci.

Morbidité anxio-dépressive chez le patient hémodialysé dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du Point G

A mes frères :DR tchweguem Clément,M Waffo Jean-Calvin,DR tagny Merlin,DR Tewa Patrice

A mes sœurs :Mme Tewane Jacqueline,Nouemsi Tagne Régine,Medam Tagne Hermine

Vos regards pendant plusieurs années ont convergé vers moi, je vous dit merci.

Au Seigneur pour ma sœur Menkoagne Tagne Solange H. : « L'Eternel a donné et l'Eternel a repris que le nom de l'Eternel sois bénis ».

A Férid Tewané : tu as été à mes côtés comme un jeune frère aux côtés de sa sœur jusqu'au bout, recherchant sincèrement mes intérêts, reçois toute ma reconnaissance.Que le Seigneur te le rende au centuple.

A Tonton Emmanuel Konguep

A mes nœveux et nièces : Vous êtes dans mon cœur.

A mes frères Napoléon Sob Kué,Galatte Nguapidjou :vous avez été d'un grand soutien pour moi que le Seigneur vous bénisse grandement.

A Maman Tchako Thérèse : c'est un privilège pour moi d'être ta fille, les mamans comme toi sont hyper rares.

A Mireille, Adeline, Octavie, Majoie, Clémence Tchako : Merci de m'avoir donné la place dans vos cœur.

A L'assemblée des étudiants da la CMCI Mali...

A tous les missionnaires dans le Bélé Dougou :Pasteur Jonas,Anani Koffi,Joel Togo,Job Kone,Timothee Dembele,Drissa,Kossi,

A Betty, Yoly, Germaine, Edith, Liliane, Flavie, Colombe: . Mes premiers dans la foi à vos côtés sont inoubliables, vous avez été de tout cœur avec moi dans les moments difficiles, merci pour tout votre amour.

A Gédéon et Paul : Milles fois merci, votre service est inestimable

A Maryse Yomé:merci pour ton amour

Morbidité anxio-dépressive chez le patient hémodialysé dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du Point G

A mes disciples : Cely, Marie laure, Asène, Céline, Victoria, Sabine, Bernadette, Tanty Keita Sanata, Emmanuel Sangaré, Merci pour votre amour et tout votre soutien

A Issa, André, Téfène, Misshak : Vous êtes spécial.

A toute la CMCI du Mali

Au Seigneur pour le Pasteur Timothée de Bafoussam.

A la, Sr Déborat,,Fr Vincent,Fr Géorges et tout l'assemblée de Bafoussam :vous vous êtes tenu avec moi pour que je parvienne à la fin de mes études ;recevez toute ma reconnaissance.

A mes collègues thésards du service de Néphrologie

A tous le personnel du service de néphrologie

A toute l'équipe de la dialyse

A la cellule informatique de la FMPOS

A M Issa et Bakary Fofana et famille : pour votre grande hospitalité.

A tous ceux que j'ai reçu à Bamako : Minette, Férid, Carole, Estelle, Nina.

A mon ROI : Dr Tchako Touani Chamberlin R. :Du début jusqu'à la fin tu as été là toujours très prêt pour m'encourager,me soutenir dans ce travail,il n'y avait pas moyen de baisser les bras ;merci chéri pour toute ton attention ,tout ton amour je t'aime profondément.

A toi (tu te reconnaîtras) : Tu es vraiment un don de DIEU ; je suis émerveillé par ton amour pou moi, pas des paroles seulement mais des actes ; merci pour tout ton soutien et pour la place privilégié que j'ai dans ton cœur.

A M. Keita, M. Diaby et famille, Dédé, Coumba, Syra, Bintou, Sia, pour votre soutien et votre amitié.

A tous ceux que j'ai oublié de citer !

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Pr SAHARE FONGORO.

- **Maître de conférence de Néphrologie à la FMPOS.**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé.**

Cher maître, depuis nos premiers pas dans le service, vous nous avez assuré un encadrement de qualité et une formation clinique exemplaire. Votre richesse scientifique, votre amour pour le travail bien fait, votre rigueur et votre constante disponibilité ont cultivé en nous l'amour de la médecine.

Vos qualités humaines et votre attachement au travail font de vous un être particulier et admiré de tous.

Vous resterez un exemple à suivre. Nous sommes très honorés de nous compter parmi vos élèves.

Veillez accepter, cher maître l'expression de notre sincère reconnaissance et notre profond respect.

.
.

A NOTRE MAITRE ET

CO DIRECTEUR

Dr TOGORA AROUNA

- **Spécialiste en Psychiatrie**
- **Maître assistant**
- **Praticien hospitalier.**

Cher maître nous sommes très honorés d'avoir été à vos cotés,

Vous nous avez assuré encadrement de qualité.

Nous admirons beaucoup vos qualités humaines et nous sommes
fiers de l'enseignement que vous nous avez prodigué.

Veillez recevoir cher maître l'expression de notre profonde
gratitude et notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Pr ABDOULAYE AG RHALY

Titulaire en Professeur Médecine Interne,

Ancien Directeur de l'INRSP

Ancien secrétaire général de l'OCCGE,

**Responsable des cours d'endocrinologie, de la
sémiologie et des pathologies médicales à la
FMPOS.**

Directeur National du CNESS.

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury
malgré vos nombreuses sollicitations nous va droit au cœur.

Votre disponibilité et vos qualités humaines font de vous un
maitre remarquable.

Veillez recevoir ici l'expression de notre profonde gratitude et
notre considération distinguée.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Dr SAMBA DIOP

- **Maître assistant en anthropologie médicale à la FMPOS**
- **Responsable de l'unité de recherche formative en science humaine et sociale du S E R E F O**

Cher maître, nous sommes très honoré de vous avoir dans ce jury malgré vos nombreuses occupations.

Votre disponibilité, votre rigueur, vos précieux conseils ont contribué à l'amélioration de ce travail.

Veillez recevoir cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

LISTE DES ABREVIATIONS

IR : Insuffisance rénale

IRC : Insuffisance rénale chronique

IRCT : Insuffisance rénale chronique terminale

NFS : Numération formule sanguine

PTH : parathyroïdienne hormone

CREAT : Créatininémie

CVC : Cathéter veineux central

FAV : Fistule artérioveineuse

FIG : Figure

PLAN

- I- INTRODUCTION ET OBJECTIFS : Page 1**
- II- GENERALITES : Page 3**
- III- MATERIELS ET METHODES : Page 15**
- IV- RESULTATS : Page 19**
- V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS : Page 37**
- VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS : Page 41**
- VII- BIBLIOGRAPHIE : Page 43**
- VIII- ANNEXES**

INTRODUCTION

L'évolution des techniques diagnostiques et thérapeutiques a sensiblement amélioré le pronostic de beaucoup de maladies chroniques, mais l'insuffisance rénale représente un problème particulier dans la mesure où il est toujours en attente d'une greffe rénale puisque l'hémodialyse n'assure que sa survie. Au cours de cette période, l'amélioration de la qualité de vie du patient passe par une prise en charge de multiples problèmes de santé, laquelle doit en particulier tenir compte de l'installation dans la durée de la situation de suppléance (hémodialyse) et du degré de tolérance du malade.

Dans ce cadre la survenue de troubles anxieux et dépressifs semble réelle et liée au caractère invalidant et souvent douloureux de la maladie mais aussi aux soucis socioéconomiques et du handicap social [11, 31, 37].

Or peu d'études se sont intéressées à l'ampleur de ces problèmes chez les hémodialysés et les facteurs qui leurs sont associées [5, 8, 9, 11,22, 23]

En Tunisie, 44% des patients hémodialysés présentait une symptomatologie dépressive avec ou sans anxiété [30].

Au Maroc l'anxiété et la dépression ont été retrouvées respectivement chez 69,3% et 67% des patients [36].

En outre, dans la pratique quotidienne, ces problèmes restent sous estimés du fait de la banalisation voire d'une méconnaissance de ces troubles, de l'importance souvent accordée à leur aspect organique et aux difficultés de leur évaluation [41].

La plupart de auteurs soulignent par ailleurs que le pronostic des troubles anxieux et dépressifs modérés n'est pas aussi favorable qu'on ne le pense et le coût de leur prise en charge est souvent supérieur à celui des états psychiatriques sévères mais rares [11,17].

C'est dans le cadre d'une approche globale du patient en hémodialyse et afin de pallier aux multiples difficultés d'évaluation de ces troubles que la collaboration entre néphrologue et psychiatre nous semble pertinente, voire indispensable. Aucune étude sur la morbidité anxio-dépressive chez l'hémodialysé n'a été effectuée au Mali d'où l'intérêt de notre travail.

Pour ce faire nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

OBJECTIF GENERAL

Etudier la morbidité anxio-dépressive chez les patients hémodialysés dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du Point G.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

1-Déterminer la fréquence des troubles anxieux et dépressifs dans l'unité d'hémodialyse du CHU du Point G.

2-Décrire les symptômes des troubles anxio-dépressifs.

3-Identifier les différentes formes des troubles anxio-dépressifs.

GENERALITES

I L'INSUFFISANCE RENAL CHRONIQUE

1 Définition

L'insuffisance rénale chronique (IRC), ou urémie ou mal de Bright ou néphrite chronique, est l'atteinte progressive, importante, et définitive de la fonction rénale et donc de la filtration glomérulaire.

Toutes les maladies rénales chroniques et certaines maladies rénales aiguës conduisent irrémédiablement à une insuffisance rénale chronique dans un délai très variable : de quelques semaines à quelques dizaines d'années.

On peut définir l'insuffisance rénale chronique comme la réduction irréversiblement de la filtration glomérulaire mesurée de façon approximative par la clairance de la créatinine (valeurs normales : 120 plus ou moins 20 ml/min). Toute insuffisance rénale chronique quelque soit la cause est la conséquence d'une réduction du nombre de néphrons actifs. Les néphrons atteints sont exclus ou détruits, les néphrons restants se comportent comme des néphrons sains. Ils assurent à eux seul le contrôle rénal de l'homéostasie (équilibre intérieur de l'organisme).

Le rein peut assurer ses capacités excrétrices pendant longtemps puisqu'il lui suffit de 20% de ses néphrons pour fonctionner. Lorsque les lésions touchent plus de 80% des néphrons, les troubles commencent à apparaître. A partir de la destruction de 80% de ses capacités, l'insuffisance rénale chronique débute.

L'IRC est une maladie de l'adulte et du sujet âgé. Le sexe ratio homme /femme est de 2/1. On connaît mal la prévalence exacte de l'insuffisance rénale au stade initial car elle est souvent latente. Grâce aux données fournies par les registres des malades bénéficiant d'un traitement par dialyse et transplantation, on sait que l'incidence de l'IRC terminale est en France de 60 à 70 nouveaux cas par millions d'habitants et par an. Elle est supérieure aux USA, où la prévalence du diabète est grande et la population noire nombreuse. En 1992, 22 000 patients environ vivaient en France grâce à la dialyse et /ou la transplantation. [11]

2- Etiologies

Toutes les maladies rénales peuvent évoluées vers l'insuffisance rénale chronique :

- Maladie poly kystique familiale
- Diabète sucré
- Hypertension artérielle
- Glomérulopathie chronique
- Néphrite interstitielle chronique
- Dilatation des voies urinaires excrétrices par obstacle
- Myélome multiple, lupus érythémateux disséminé

-Syndrome d'Alport

3- Manifestations extra rénales de l'insuffisance rénale chronique

3-1 Manifestations cardiovasculaires

3-1-1 Hypertension artérielle

Elle occupe la première place. Elle touche 60% des patients qui ont une insuffisance rénale sévère. Elle est pratiquement constante au stade terminal. Sa physiopathologie est encore incomplètement élucidée. La surcharge hydrosodée y joue un rôle important, mais l'augmentation des résistances périphériques est également à prendre en considération.

Cette hypertension artérielle d'autant plus fréquente et grave que l'insuffisance rénale est plus avancée est un facteur d'auto-aggravation de la néphropathie par les lésions artériolaires qu'elle peut induire et un facteur de risque, favorisant le développement de l'athérome coronaire et cérébral, cause première de mortalité chez les malades en IRC.

3-1-2 Cardiopathie urémique

De multiples facteurs sont incriminés, dominés par l'HTA et éventuellement par l'ischémie coronarienne. En présence d'une défaillance ventriculaire gauche ou globale chez un malade en IRC, il faut en analyser le mécanisme. Le plus souvent une surcharge hydrosodée est en cause. Le débit cardiaque est élevé et cela impose une déplétion hydrosodée. L'IC à débit cardiaque diminué est beaucoup plus rare : elle doit faire en particulier rechercher une péricardite.

3-1-3 Péricardite urémique

Elle est devenue rare depuis l'instauration précoce du traitement de suppléance. Elle peut être sèche (douleurs thoracique frottement péricardique) plus souvent liquidienne, séro fibrineuse ou hémorragique avec gros cœur. Un drainage de l'épanchement s'impose alors pour éviter une tamponnade.

3-2 Désordres hématologiques

3-2-1 Anémie

Dès que le DFG est inférieur à 40 ml/mn l'anémie est pratiquement constante. La diminution de l'hématocrite et du taux d'hémoglobine est d'autant plus importante que l'IR est plus grave. C'est une anémie normochrome normocytaire. Le taux de réticulocytes est bas, le fer sérique et la saturation de la sidérophiline sont normaux, sauf en cas de spoliation sanguine surajoutée, phénomène auquel il faut toujours penser en cas d'anémie plus importante que ne le voudrait le degré de l'insuffisance rénale.

En général bien tolérée, l'anémie peut néanmoins être source d'asthénie, de dyspnée d'effort et majorer les manifestations d'une insuffisance coronarienne ou encore vasculaire périphérique (angor, claudication intermittente d'effort).

Cette anémie relève de deux mécanismes : une diminution de la durée de vie des

hématies et une insuffisance médullaire relative. Celle-ci est essentiellement la conséquence d'une carence en érythropoïétine, hormone rénale indispensable à la maturation de la série érythroblastique. L'efficacité de l'érythropoïétine recombinante prouve le rôle majeur de ce facteur de croissance dans la genèse de l'anémie de l'IRC. S'y ajoute le rôle possible de certaines toxines urémiques qui interviendraient comme des facteurs inhibiteurs de la production érythroïde médullaire.

3-2-2 Anomalies leucocytaires

Les anomalies leucocytaires contribuent aux troubles des défenses immunitaires : sensibilités aux infections, taux de réponse aux vaccinations, en particulier contre l'hépatite B, inférieur à ce qu'ils sont chez les animaux.

3-2-3 Plaquettes

Malgré un nombre de plaquette normal, les troubles de l'hémostase sont fréquents avec en particulier un allongement du temps de saignement. Ces troubles sont en partie dus à l'anémie mais liés également à des anomalies qualitatives des fonctions plaquettaires, dont certaines sont corrigées par l'épuration extra-rénale.

3-3 Manifestations osseuses

L'IRC entraîne des perturbations du métabolisme phospho-calcique responsable des désordres connus sous le nom d'ostéodystrophie rénale. Celles-ci comportent, à des degrés divers, des lésions d'hyperparathyroïdie secondaire et d'ostéomalacie. Il s'y associe parfois des calcifications des vaisseaux et des parties molles. L'ostéomalacie aluminique s'observe essentiellement chez les urémiques dialysés.

3-3-1 Hyperthyroïdie secondaire

C'est la manifestation la plus commune. Elle comporte une augmentation du remodelage osseux avec une augmentation plus importante de la résorption que de la formation de l'os et diminution de la masse osseuse.

Les manifestations cliniques sont faites d'un prurit, de douleurs osseuses, en particulier dans les zones portantes, rarement et tardivement de fractures pathologiques, souvent de dépôts calciques dans les parties molles (yeux rouges, pseudo-goutte, etc.).

3-3-2 Ostéomalacie

L'ostéomalacie carencielle est moins fréquente que l'ostéite fibreuse. Elle comporte une diminution du remodelage osseux et de la vitesse de minéralisation avec baisse importante du tissu osseux calcifié.

Les signes cliniques sont faits de douleurs osseuses et d'une myopathie proximale des membres inférieurs (le malade marche « en canard »).

3-3-3 Calcifications métastatiques

Elles surviennent quand les limites du produit de solubilité calcium-phosphore sont dépassées ($Ca \times P > 7000$, si on exprime ca et p en mg/l). Elles peuvent se produire dans la plus part des organes. Elles siègent dans les conjonctives (hyperhémie conjonctivale), la peau (prurit), les articulations (pseudo goutte). Elles sont irréversibles et dangereuses lorsqu'elles sont vasculaires.

3-4 Manifestations neurologiques

Inconstantes et tardives, elles peuvent être de type central ou périphérique :

-Les manifestations neurologiques centrales sont pratiquement toujours le fait de complications surajoutées : œdème cérébral ou accident vasculaire cérébral en cas d'HTA non contrôlée, troubles de la conscience et crises convulsives secondaires à des désordres hydroélectrolytiques (tout particulièrement hyponatrémie), ou accidents neuropsychiques en rapport avec une intoxication médicamenteuse, de loin la manifestation neurologique la plus fréquente au cours de l'IRC.

-La polynévrite urémique est initialement sensitive et touche principalement les membres inférieurs. Elle se traduit par des impatiences dans les jambes, avec paresthésies, brûlure et crampes fréquentes. Il s'y associe des myoclonies. L'examen trouve des troubles de la sensibilité profonde. La vitesse de la conduction nerveuse est ralentie dans les territoires sciatiques. A ce stade, la régression peut être obtenue par hémodialyse et/ou transplantation ; non traitée, un déficit moteur s'installe dont la régression est aléatoire.

3-5 Manifestations digestives et nutritionnelles

Les troubles digestifs sont fréquents au stade d'IRC sévère : anorexie, nausées, vomissements matinaux. Les malades se plaignent d'une haleine ammoniacale et d'un certain degré de dysgénésie. La parotidite urémique, douloureuse, inflammatoire et fébrile est une complication tardive qui a disparue depuis que les malades sont traités précocement par dialyse. En fibroscopie on constate un aspect de gastroduodénite. Les ulcères sont rares. Les hémorragies digestives doivent être prévenues par un traitement symptomatique. Les troubles digestifs contribuent à la malnutrition, fréquente en cas d'IRCT traitée trop tard.

3-6 Manifestations cutanées

Le prurit est fréquent et pénible : son mécanisme n'est pas totalement élucidé mais les dépôts phosphocalciques et la PTH jouent sûrement un rôle. Le contrôle de l'hyperphosphatémie ou une para thyroïdectomie de réduction peuvent être suivi d'une amélioration.

3-7 Signes généraux et endocriniens

Il s'agit de manifestations non spécifiques associant asthénie, perte de l'appétit, frilosité et pâleur, troubles urinaires. Il existe une polyurie osmotique avec nycturie et polydipsie.

Les complications endocriniennes sont complexes mais latentes. Elles concernent sécrétion et les axes de régulation hormonale ainsi que les récepteurs hormonaux ou tissulaires : trouble de la croissance chez l'enfant, responsable d'un nanisme rénal, galactorrhée et impuissance chez l'homme (le rôle de l'excès de prolactine est probable), dysménorrhée et stérilité chez la femme, insulino-résistance, hypothermie, dysthyroïdie, dyslipidémie athérogène.

3-8 Troubles immunitaires

Ils apparaissent tôt dans le cours de l'IRC, à partir d'un DFG de 60 ml/mn. Ils intéressent l'immunité cellulaire et humorale. Ils expliquent la fragilité de ces malades aux infections virales et microbiennes et la difficulté que l'on rencontre pour vacciner efficacement les urémiques contre l'hépatite B. Cette anomalie est due à un trouble de la formation d'anticorps T-dépendants. La vaccination contre l'hépatite B doit donc être entreprise dès la découverte d'une néphropathie, avant toute ascension de la créatinine sérique.

I-4 Schéma d'investigation d'une IRC au moment du diagnostic et au cours de l'évolution

I-4-1 Poser le diagnostic d'IRC

Les circonstances de découverte sont de deux ordres :

-La néphropathie causale est connue : La surveillance biologique permet de détecter l'augmentation progressive du taux de créatinine plasmatique.

-La néphropathie n'est pas connue et le malade est vu à un stade :

.précoce : les signes d'appel sont alors frustrés et trompeurs

.avancé : l'association de multiples manifestations suggère le diagnostic

Dans tous les cas, celui-ci repose sur l'augmentation des taux sanguins de la créatinine et de l'urée. Authentifier le caractère chronique d'une insuffisance rénale, en présence de ces anomalies biologiques est fonction :

.des antécédents personnels et familiaux uro-néphrologiques,

.des symptômes fonctionnels évoquant une altération fonctionnelle rénale : nycturie, polyuro-polydypsie.

.de la diminution de la taille des reins (sauf en cas de polykystose rénale). Elle s'apprécie par radiographie de l'abdomen sans préparation, tomographie et échographie rénales.

.de quelques signes associés : anémie, hypocalcémie avec hyperphosphatémie, présence au fond d'œil de signes d'hypertension ancienne.

4-2 Identifier ou essayer d'identifier la néphropathie causale

Elle peut être de type glomérulaire, interstitiel ou vasculaire. Une mention spéciale doit être faite pour les néphropathies congénitales ou à caractère familiale. Chaque cas est particulier, et doit faire discuter l'indication éventuelle d'une biopsie rénale, d'une artériographie ou d'autres examens pour aboutir au diagnostic étiologique.

4-3 Rechercher une complication surajoutée aggravant l'insuffisance rénale et en partie réversible

- obstacle sur les voies excrétrices.
- sténose vasculaire rénale chez les sujets âgés, athéromateux de longue date.
- hypertension artérielle.
- infection, en particulier en cas d'obstacle urologique.
- médicament néphrotoxique.

La correction de ces facteurs peut être suivi d'une amélioration de la filtration glomérulaire ou au moins permettre de ralentir l'évolution de l'IRC vers le stade de l'IRCT. Un cas fréquent est celui des désordres hydro électrolytiques à l'origine d'une aggravation fonctionnelle qui s'ajoute à l'insuffisance rénale organique.

4-4 Déterminer le profil évolutif de l'IRC

Cette démarche est essentielle pour essayer de déterminer l'échéance à laquelle il faudra recourir aux méthodes de traitement substitutif que sont l'hémodialyse chronique et /ou la transplantation et pour évaluer l'influence éventuelle du traitement sur le rythme évolutif de l'IRC vers l'IRCT.

***Évaluation du degré de l'IRC**

La gravité de l'insuffisance rénale chronique est estimée par la clairance de créatinine. Elle est estimée par la formule de Cockcroft (chez les sujets de moins de 80 ans) :

$$CL_{cr} = \text{coef} \times ((140 - \text{âge}) \times \text{poids}) / \text{créatinémie}$$

Le poids étant en kilogramme, l'âge en année, la créatinine en micromole/l ; le coefficient est de 1,25 pour un homme et de 1,04 pour une femme.

L'insuffisance rénale est :

- Débutante entre 60 et 90 ml/min
- Modérée entre 30 et 60 ml/min
- Sévère entre 10 et 30 ml/min, 15 et 30 chez le diabétique
- Grave ou terminale au dessous de 10 ml/min, et < 15 chez le diabétique

Impose l'épuration extra rénale en dessous de 10ml/min.

I-5 Traitement

Le traitement de l'IRC doit être préventif chaque fois que cela est possible. Il repose sur la suppression des facteurs susceptibles d'induire les néphropathies et sur l'identification précoce des maladies rénales pour y apporter un éventuel traitement à visée étiopathogénique.

Une fois l'IRC constituée, la thérapeutique a pour but de ralentir la vitesse de progression de la maladie, de minimiser les conséquences cliniques de l'urémie, et de préparer le patient à un traitement par dialyse/transplantation.

En pratique, les malades doivent parvenir le plus tard possible à l'IRCT, sans hypertension artérielle ni dégradation vasculaire, sans atteinte ostéo-articulaire ou neurologique majeures, sans anémie profonde. Le pronostic des traitements par dialyse et transplantation dépend donc en grande partie de la qualité du traitement reçu antérieurement, pratiquement ; uniquement symptomatique. Il comporte le contrôle des apports alimentaires et des manifestations viscérales extra rénales de l'IRC, spécialement celles qui, par elles mêmes, aggravent la maladie, telle l'hypertension artérielle.

L'hémodialyse périodique ne peut se résumer à ses seules complications somatiques ni à la technicité de son traitement, avec ses impacts physiques et économiques. L'angoisse de la mort, l'atteinte corporelle, les contraintes et frustrations liées au temps et au régime, ainsi que les sentiments de dépendance ou de culpabilité sont autant de perturbations psychologiques induites par l'hémodialyse et qui sont trop souvent négligées.

II LES TROUBLES ANXIEUX ET DEPRESSIFS

L'hémodialyse périodique ne peut se résumer à ses seuls complications somatiques ni à la technicité de son traitement avec ses impacts physiques et économiques .L'anxiété et la dépression sont autant de perturbations psychologiques induites par l'hémodialyse et qui sont trop souvent négligées [29].

1 L'anxiété

1-1 Définition

L'anxiété fait partie du registre émotionnel normal de l'être humain : elle est définie comme une "peur sans objet", la crainte d'un danger imprécis, d'un sentiment pénible d'attente. Son caractère éventuel pathologique doit être évalué à partir d'un critère diagnostic aussi précis que possible. Il existe en effet de véritables "maladies de l'anxiété", qui sont surtout caractéristiques de la persistance dans le temps de leurs manifestations et par le retentissement dans la vie du sujet (souffrance subjective, handicap social ou professionnel par exemple). Il s'agit d'états différents des états dépressifs, même si leur coexistence est possible chez certains patients.

1-2 Quand évoquer un trouble anxieux ?

Plusieurs situations doivent alerter le praticien quant à l'existence possible d'un trouble anxieux, parmi lesquels :

- des plaintes somatiques multiples et/ou récurrentes, non expliquées totalement par une maladie organique ; par exemple des troubles digestifs chroniques ;
- des demandes d'examen répétés qui ne rassurent pas le malade lorsqu'ils sont normaux ;
- des demandes de traitement répétés ou des prescriptions que l'on ne parvient pas à modifier ;
- des réactions excessives à des événements de vie ;
- des comportements que l'entourage ou que le patient décrivent comme anormaux et gênant sans forcément les rattacher eux mêmes à l'anxiété : un évitement de certains lieux à cause d'une phobie, de certaines activités à cause d'un trouble obsessionnel compulsif par exemple.

Une fois suspectée l'existence d'un trouble anxieux, il est souvent utile de rechercher en détail les critères diagnostiques. Toutefois, la coexistence de plusieurs troubles anxieux chez le même patient est fréquemment retrouvée.

Deux critères viennent confirmer le caractère pathologique des troubles : sa persistance dans le temps et le niveau de souffrance et de handicap qui en découle.

1-3 Classification et description

Les orientations diagnostiques des différents troubles anxieux suivent la classification nord-américaine des troubles mentaux (DMS-IV)[D1]. Cette classification consensuelle et admise au niveau internationale depuis les années 1980, distingue :

- Les attaques de panique ;
- Le trouble panique ;
- L'agoraphobie ;
- La phobie spécifique ;
- La phobie sociale ;
- Les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) ;
- Le trouble anxieux généralisé (TAG) ;
- L'état de stress aigu ;
- L'état de stress post-traumatique

1-3-1 Les attaques de panique (crise d'angoisse aiguë)

C'est un malaise de survenue brutale avec un pic d'intensité atteint en moins de 10 min et comprenant au moins quatre des symptômes suivants : crainte de mourir, crainte de devenir fou (ou de perte de contrôle), tachycardie, transpiration, tremblement, sensation d'étouffement, sensation d'étranglement,

sensation de vertige, douleur thoracique, douleur abdominale, paresthésies, frissons ou bouffée de chaleur, déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi).

La durée de la crise est d'environ 10 à 30 min. Les symptômes finissent par céder, au soulagement du patient, qui néanmoins vit dans la crainte d'une récurrence.

1-3-2 Le trouble panique

C'est la répétition, plus ou moins fréquente, d'attaques de panique. Ces attaques sont inattendues, non déclenchées par des médicaments ou des drogues et provoquent chez le patient une anxiété anticipatoire (« peur d'avoir peur ») quasiment permanente.

1-3-3 Les phobies

Les phobies sont les plus fréquentes des troubles anxieux et se différencient en trois types bien distincts : Les phobies spécifiques, l'agoraphobie, et la phobie sociale. [2]

*** Les phobies spécifiques :**

Les phobies spécifiques concernent un seul type d'objet ou de situation simple, tels que :

- animaux divers
- lieux en hauteur, avion ;
- vue de sang, de blessures, de procédure médicale, soins dentaire ;
- obscurité ;
- objets coupants ou dangereux ;
- eau (rivière, océan)
- cimetières, hôpitaux.

*** L'agoraphobie :**

L'agoraphobie est définie par une peur des situations ou des lieux dont on ne peut pas sortir facilement et où on ne peut pas être assisté rapidement en cas de malaise.

***La phobie sociale :**

La phobie sociale est une crainte excessive du jugement d'autrui, la peur d'une évaluation négative qui conduit à l'évitement systématique ou à la fuite si le sujet est brutalement confronté à la situation ou personne redoutée. L'anticipation anxieuse est prédominante et renforce la stratégie d'évitement [3].

1-3-4 Le TOC :

Le TOC se retrouve chez environ 2% de la population. [35]

Une obsession est une pensée intrusive, c'est-à-dire qui s'impose au patient malgré lui. Les quatre types d'obsession sont : souillure, désordre/erreur, agression (ou « phobie d'impulsion » et superstition.

1-3-5 Le TAG :

Le trouble anxiété généralisée est une inquiétude quasi permanente, incontrôlable, durable (au moins six mois), prenant pour motifs divers soucis de la vie quotidienne et générant hyper vigilance et tension motrice excessive.

1-3-6 Anxiété dans les suites d'un psycho traumatisme :

Le syndrome de « stress aigu » survient dans les quatre semaines suivant un évènement traumatique souvent violent (accident de circulation par exemple). Il existe un « syndrome de reviviscence », ce sont des images, des pensées, des cauchemars, qui rappelle l'évènement de manière pénible et permanente.

1-3-7 Troubles anxieux dus à une à une affection organique ou induits par une prise de substance :

Devant un patient anxieux, on doit rechercher une affection organique à expression anxieuse : hyperthyroïdie, phéochromocytome, état confusionnel, épilepsie temporale, ou suspecter une prise de toxique : alcool, amphétamines, cannabis, cocaïne, sédatifs ou autres.

II-2 La dépression

2-1 Définition

Les états dépressifs sont classés dans le chapitre des troubles de l'humeur. L'humeur est une disposition affective de base" qui donne à chacun de nos états d'âmes une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrême du plaisir et de la douleur", Selon Delay (c1). Chaque individu a un niveau de base de l'humeur qui varie dans le sens de du plaisir ou du déplaisir en fonction des sollicitations de l'environnement ou de ses représentations personnelles ; cependant il reste relativement maître de ses expériences émotionnelles successives. En revanche, chez les déprimés, l'humeur est non seulement affaissée, déprimée, mais elle n'est plus contrôlable. Elle envahit le vécu du sujet qui ne peut s'en départir, même en changeant d'univers relationnel ou d'activité.

2-2 Syndrome dépressif typique

2-2-1 Humeur dépressive

Elle s'exprime sous différents aspects :

- La tristesse pathologique marquée par un pessimisme à l'encontre de sois et du monde.

-Le désintérêt participe à l'incapacité d'anticipation en l'absence de projet en un présent et un avenir définitivement sombre. L'affectivité s'émousse et le plaisir s'évanouit.

2-2-2 Troubles cognitifs

*** Représentations cognitives**

Elles témoignent du pessimisme au travers de distorsions de pensées dominées par le mésestime de soi "je ne suis pas à la hauteur", " je n'ai pas la capacité nécessaire".

Cette présentation pessimiste de soi s'accompagne souvent d'inquiétudes corporelles majeures avec des préoccupations d'allure hypochondriaque ou l'idée délirante hypochondriaque dans la mélancolie : estomac bouché, absence de sang dans les veines. Le pessimisme s'étend également au monde, passé et présent, péjoré, et au futur qui, incertain, est sans espoir, voire franchement catastrophique.

*** Distorsions cognitives**

L'attention est réduite et la fatigabilité apparaît rapidement la concentration décroît avec l'intensité et la durée de l'effet intellectuel.

La mémoire à court terme, c'est-à-dire la mémoire de travail est perturbée par une distorsion des capacités attentionnelles, dirigée préférentiellement sur des éléments négatifs qui sont amplifiés au détriment des éléments positifs.

*** Troubles conatifs**

Ils sont dominés par l'aboulie, caractérisée par un fléchissement des capacités d'effort, d'initiative, d'anticipation. Cette incapacité à terminer une tâche, à élaborer un projet, à se projeter dans un avenir possible, ressentie douloureusement, et caractéristique d'un état dépressif.

*** Ralentissement psychomoteur**

1 -Ralentissement moteur

C'est un des signes caractéristiques de l'état dépressif marqué par un faciès peu expressif donnant une impression de tristesse. Les épaules sont voûtées, la démarche, la gestuelle sont ralenties.

2- Ralentissement psychique

Le patient se plaint de fatigue intellectuelle avec difficulté de tenir l'effort d'une tâche, même simple, habituelle.

*** Signes somatiques**

1 - L'Asthénie

Elle s'exprime subjectivement par une lassitude, une impression de fatigue psychique avec difficultés à trouver et à agencer ses idées, à faire de projets et,

sur le plan physique, une impression de lourdeur musculaire qui peut aller jusqu'à l'épuisement.

2- Trouble du sommeil

Le sommeil est perturbé non réparateur. Si la majorité de patient souffrent d'insomnie, 10% se plaignent d'hypersomnie avec réveil tardif et sieste prolongée, sans qu'il y ait d'effet réparateur sur la lassitude.

3- Troubles de l'appétit

L'appétit est dominé par une anorexie. Elle peut n'être qu'un désintérêt pour la nourriture mais recouvre le plus souvent un dégoût alimentaire avec perte de poids dont l'intensité est un facteur de gravité.

4- Troubles sexuels

La réduction du désir sexuel, avec impuissance et frigidité, est habituelle à la période d'état

5- Troubles urinaires

Ils sont possibles avec pollakiurie, dysurie, miction impérieuse brûlure à la miction qui apparaît dans un contexte d'anxiété dépressive.

6- Troubles digestifs

Ils sont habituels, en particulier nausées, dysphagie, dyspepsie, lenteur de la digestion, ballonnement, qui s'accroît lors des acméés anxieuses.

7-Troubles cardiovasculaires

Ils sont fréquents, notamment tachycardie, bouffées vasomotrices, oscillations tensionnelles témoignant d'une hyperactivité du système nerveux autonome chez les déprimés anxieux.

8- Troubles musculaires

La fatigue, l'épuisement musculaire s'accompagnent de contractures, de crampes, de myalgies erratiques

9- Troubles neurologiques

Les céphalées sont fréquentes avec sensations de vertiges. Les cénesthésies, les paresthésies sont possibles.

METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du Point G.

Le service de néphrologie est l'unique au Mali, il accueille tous les malades sans distinction d'âge, de sexe et de race provenant de la ville de Bamako et de l'intérieur du pays.

Le service de néphrologie est divisé en deux sous unités :

- Une unité d'hémodialyse avec 9 postes de dialyse GAMBRO. Elle reçoit un total de 42 malades permanents et les expatriés. Chaque malade est dialysé deux fois par semaines pendant 4h30 à 5h. L'unité d'hémodialyse comprend :
 - Deux salles de dialyse munies de caméra pour la surveillance des malades,
 - Une salle pour le stockage du matériel de dialyse,
 - Un bureau pour le major,
 - Une salle de traitement d'eau.
- Une unité d'hospitalisation comprenant une salle « VIP », 5 lits de première catégorie, 7 lits de deuxième catégorie et 16 lits de troisième catégorie. Au total 28 lits d'hospitalisation.

2- Type d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective transversale.

3- Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée sur la période de janvier à février 2008

4- Population d'étude :

Les patients insuffisants rénaux pris en charge en hémodialyse itérative chronique.

5- Critères d'inclusion :

Étaient inclus tous les patients hémodialysés chroniques ayant apposé un consentement éclairé.

6- Critères de non inclusion :

N'étaient pas inclus

- Les hémodialysés aigus
- Les hémodialysés vacanciers
- Les hémodialysés non consentants

7- Echantillonnage de l'étude

Il s'agit de 48 patients dialysés dans le service de néphrologie et d'hémodialyse pour insuffisance rénale chronique pendant la période d'étude et répondant aux critères d'inclusion. L'échantillonnage était exhaustif.

8. Support des données

Le recueil de données a été réalisé lors d'un entretien individuel en milieu de séance de dialyse.

Le questionnaire utilisé comportait trois parties : la première est relative à l'identification des caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des patients et la seconde en rapport avec les données de la maladie rénale et de sa prise en charge. Quant-à la troisième partie, elle concernait le bilan psychiatrique.

Deux échelles d'évaluation psychiatrique internationalement validées ont été utilisées :

-L'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton (Hamilton rating scale anxiety) [33] C'est l'échelle d'anxiété la plus utilisée (tableau 1). Elle comporte 14 items (tableau 1). D'après P. Pichot, chaque item est coté de

- 0= absence de manifestations des symptômes
- 1= manifestations d'intensité légères
- 2= manifestations d'intensité moyenne
- 3= manifestations d'intensité forte
- 4= manifestations d'intensité extrême, véritablement invalidantes.

La note globale est la somme des notes obtenues à chacun des items.

De 0 – 5 : Pas d'anxiété

6 – 14 : L'anxiété est mineure entre

15 et plus elle est dite majeure.

Tableau 1 : L'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton

- 1 : Humeur anxieuse
- 2 : Tension
- 3 : Peurs
- 4 : Insomnie
- 5 : Fonctions intellectuelles (cognitives)
- 6 : Humeur dépressive
- 7 : Symptôme somatiques généraux (musculaires)
- 8 : Symptômes somatiques généraux (sensoriels)

- 9 : Symptômes cardiovasculaires
- 10 : Symptômes respiratoires
- 11 : Symptômes gastro-intestinaux
- 12 : Symptômes génito-urinaires
- 13 : Symptômes du système nerveux autonome
- 14 : Comportement lors de l'entretien

-L'échelle de dépression de Hamilton à 17 items (Hamilton rating scale) [7]

Elle a été acceptée au niveau international comme l'échelle de dépression. (Tableau 2). Neuf items sont cotés chacun sur une échelle de 0 à 4 points correspondent respectivement à des symptômes absents, douteux ou non significatifs, légers, moyens ou importants. Huit autres items sont cotés chacun sur une échelle de 0 à 2 correspondent à des symptômes absents, douteux ou légers, moyen ou importants. Il suffit d'additionner les scores obtenus aux 17 items pour avoir la note totale. Un score de :

- 0 - 7 = absence de dépression
- 8 - 17 = dépression légère
- 18 - 26 = dépression modérée
- 27 - 52 = dépression sévère.

Tableau 2: *L'échelle d'appréciation de l'humeur de Hamilton*

- 1 : Humeur dépressive
- 2 : Sentiment de culpabilité
- 3 : Suicide
- 4 : Insomnie du début de nuit
- 5 : Insomnie du milieu de nuit
- 6 : Insomnie du matin
- 7 : Travail et activité
- 8 : Ralentissement
- 9 : Agitation
- 10 : Anxiété psychique
- 11 : Anxiété somatique
- 12 : Symptômes somatiques gastro-intestinaux
- 13 : Symptômes somatique généraux
- 14 : Symptômes génitaux
- 15 : Hypochondrie
- 16 : Perte de poids
(D'après les dires du malade)
Perte de poids (apprécié par pesées)
- 17 : Prise de conscience

9. Saisie et analyse des données

La saisie et l'analyse des données ont été faite sur SPSS version 10.et épi info .Les tests statistiques utilisés ont été le chi2, le chi2 de Yate's.

RESULTATS

Notre étude s'est déroulée de Janvier à Février 2008. Nous avons colligé 48 hémodialysés chroniques dans l'unité d'hémodialyse du CHU du Point G. Ces patients se répartissaient comme suit: 29 hommes (60,4%) et 19 femmes (39,6%) ; le sexe ratio était de 1,52 en faveur des hommes.

Quarante quatre étaient de nationalité malienne et quatre étrangères ; quarante deux vivaient en milieu urbain et six en milieu rural. Cette étude nous a permis d'avoir les résultats qui sont consignés dans les tableaux ci après :

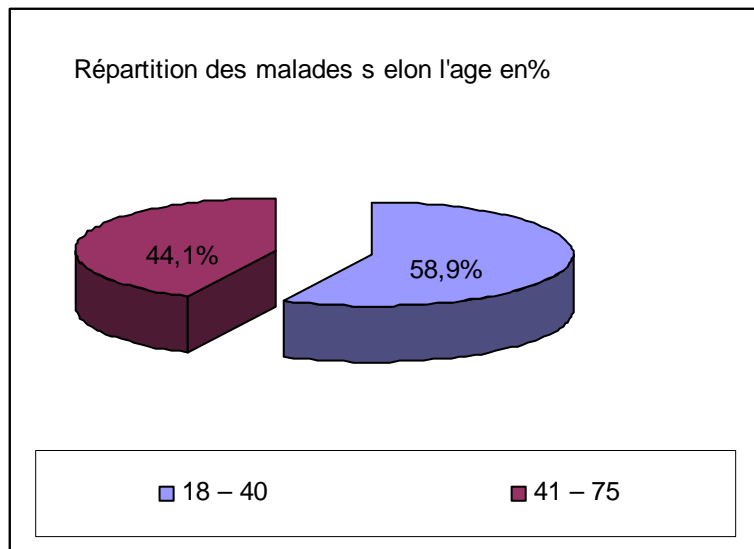


Fig. n° 1_ : Répartition des malades en fonction de l'âge (en année.)
Vingt-sept (27) patients avaient moins de 41 ans (58,9%)

Morbidité anxio-dépressive chez le patient hémodialysé dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du Point G

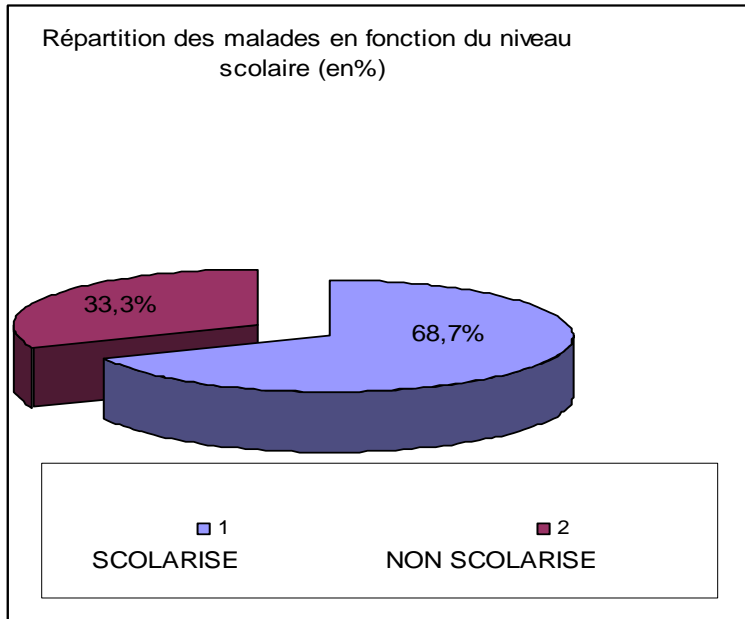


Fig. n° 2 Répartition des malades en fonction du niveau scolaire.
Les patients scolarisés étaient majoritaires avec 68,8%.

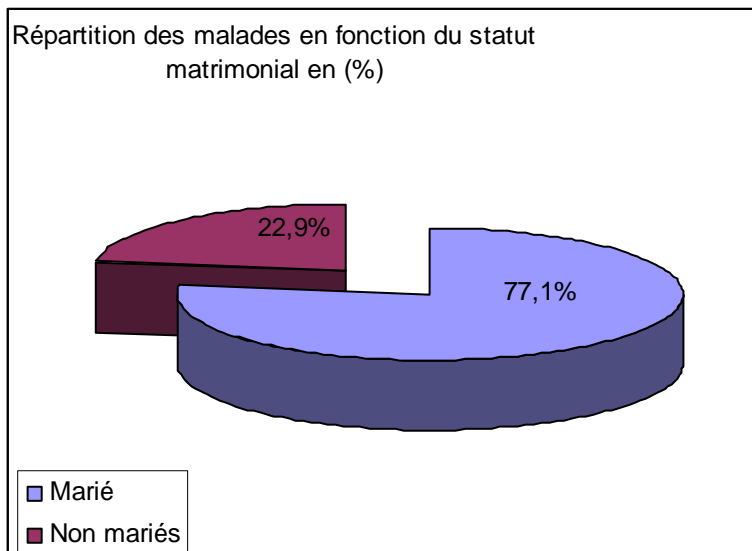


Fig. n° 3 Répartition des malades en fonction du statut matrimonial.
Les patients mariés étaient majoritaires (77,1%).

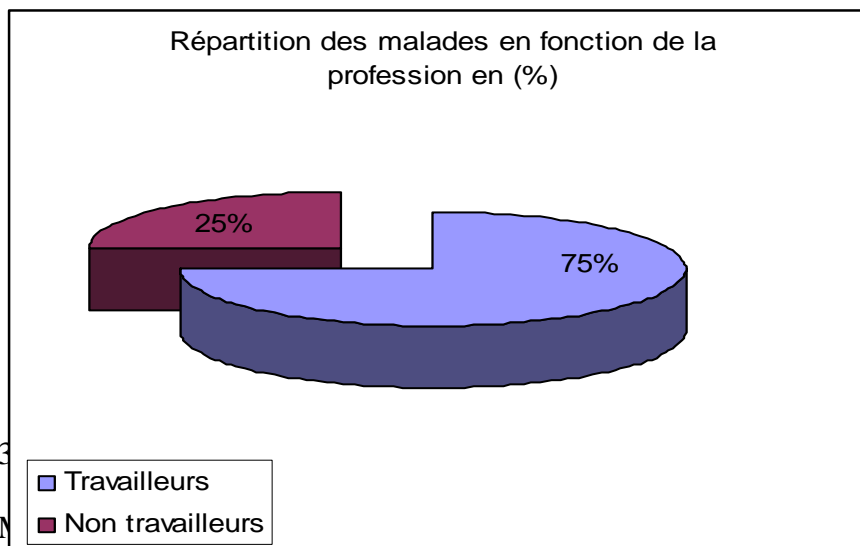


Fig. n° 4 Répartition des malades en fonction de la profession.
Les travailleurs étaient majoritaires.

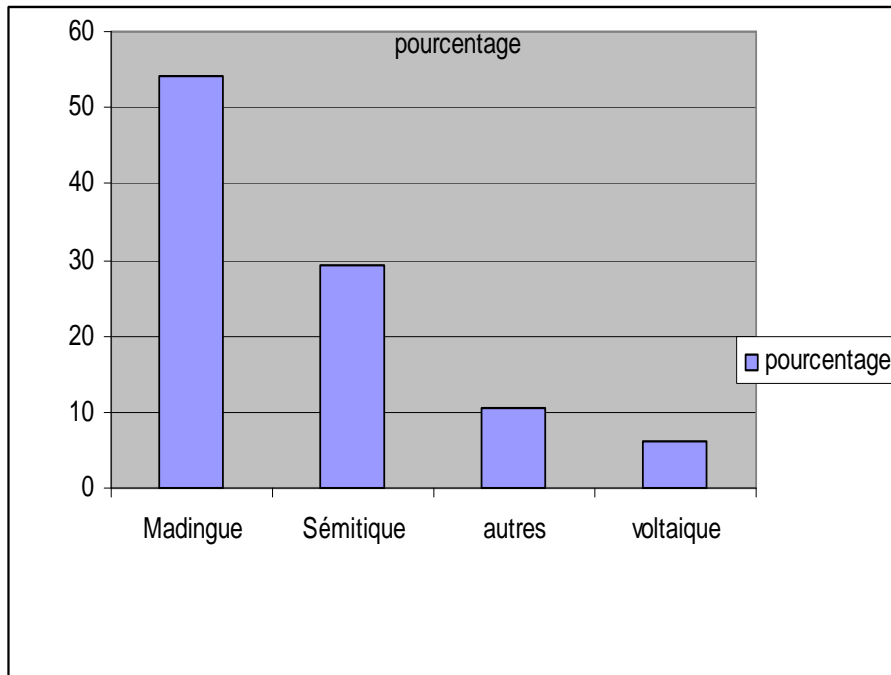


Fig. n° 5 Répartition des malades en fonction du groupe socioculturel.

Le groupe socioculturel majoritaire a été les mandingues avec 54,2% des cas.
Groupe Mandingue = Bambara, Malinké, Sarakolé, Sonrhäi, Dogon, Bozo et Kassouké.

Groupe Sémitique = Peulh, Maures, Toucouleur et Diawango

Groupe voltaïque = Sénoufo et Mossi

Autres = Griot et 4 ethnies étrangères.

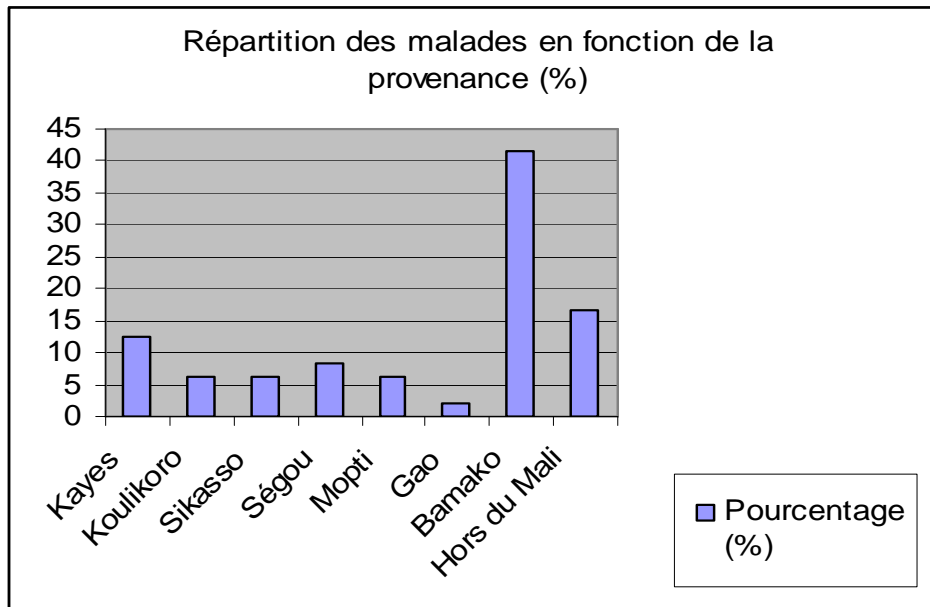


Fig. n° 6 Répartition des malades en fonction de la provenance.
Toutes les régions ont été représentées sauf Tombouctou et Kidal.

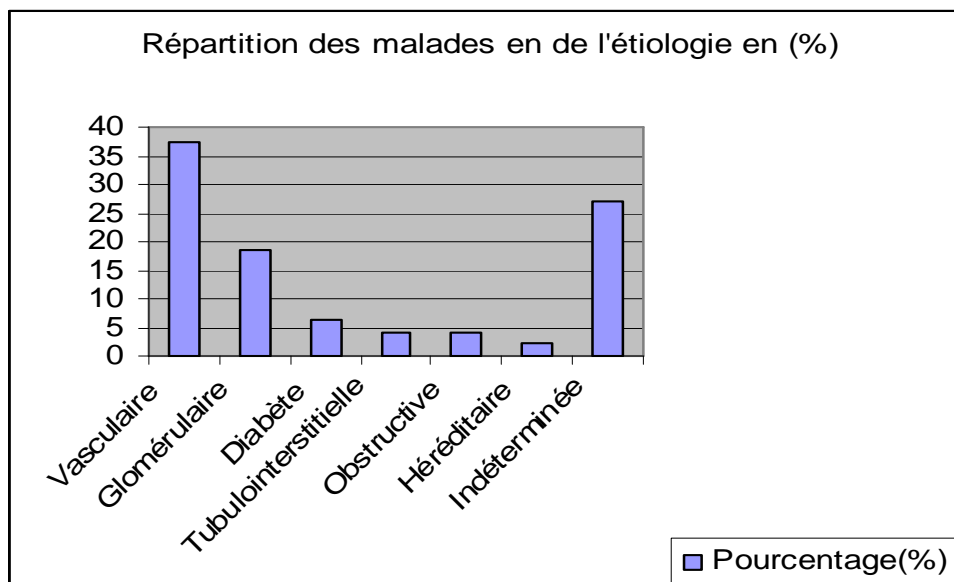


Fig. n° 7 Répartition des malades en fonction de l'étiologie probable.
L'étiologie la plus fréquente était la néphropathie vasculaire avec 37,5%.

Tableau n°I: Répartition des malades en fonction des manifestations du syndrome urémique.

Morbidité anxio-dépressive chez le patient hémodialysé dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du Point G

Manifestations	Syndrome	Effectifs	Pourcentage (%)
Neurologiques	Asthénie	18	37,5
	Céphalée	15	31,25
	Insomnie nocturne	6	12,5
	Torpeur/obnubilation	5	10,41
Gastro intestinale	Vomissements	34	70,83
	Nausées	14	29,1
Hématologiques	Anémie	37	77,08
	Tendance hémorragique	8	16,66
	Cardiovasculaire	HTA	24
Cardiovasculaire	IC	3	6,25
	Péricardite	1	2,08
	Cutanées	Prurit	6
Biochimique	Givre urémique	2	4,16
	Hypocalcémie	30	62,5
	Hyperphosphorémie	24	50
	Hypo natrémie	24	50
	Hyperkaliémie	14	29,16

La complication la plus fréquente était l'anémie avec 77,7% des cas suivi par les troubles gastro intestinaux (vomissements 70,83%).

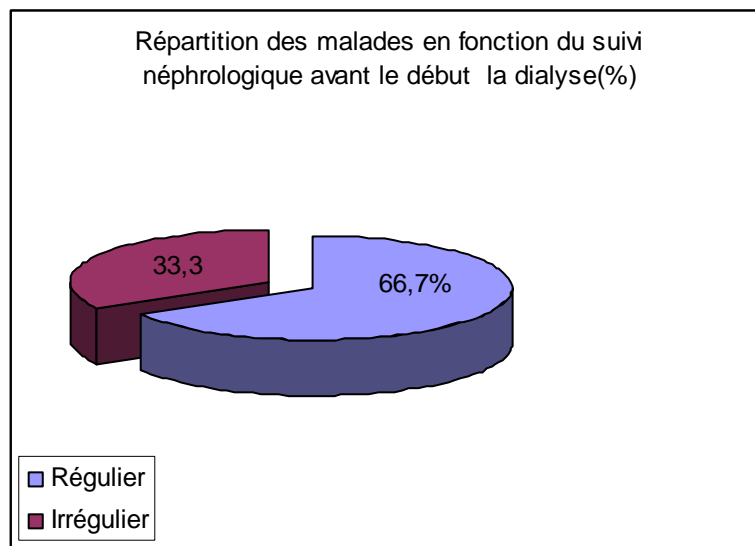


Fig. n° 8 Répartition des malades en fonction du suivi néphrologique avant le début de la dialyse.

Trente deux (32) soit 66,7% des patients ont eu un suivi néphrologique régulier avant le début de la dialyse.

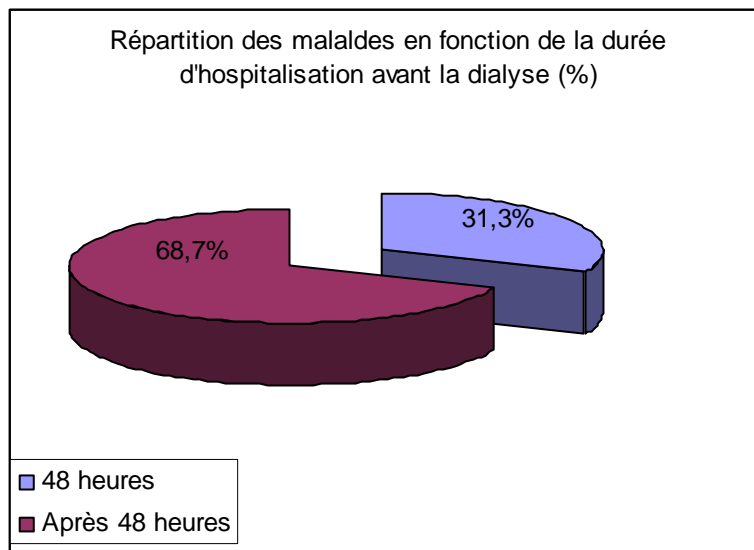


Fig. n° 9 Répartition des malades en fonction de la durée d'hospitalisation avant la dialyse.

68,7% des hémodialysés ont été admis en dialyse après 48 heures d'hospitalisation.

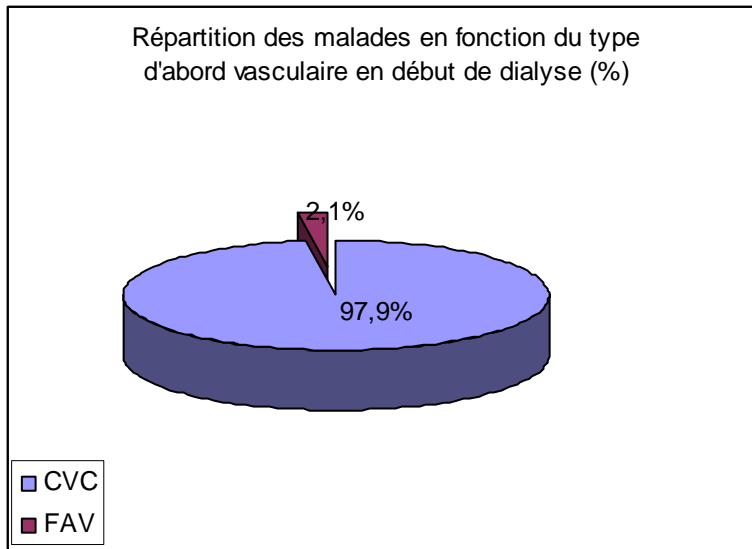


Fig. n° 10 Répartition des malades en fonction du type d'abord vasculaire par laquelle l'hémodialyse a débutée.

La presque totalité des patients a débuté la dialyse par cathétérisme veineux central.

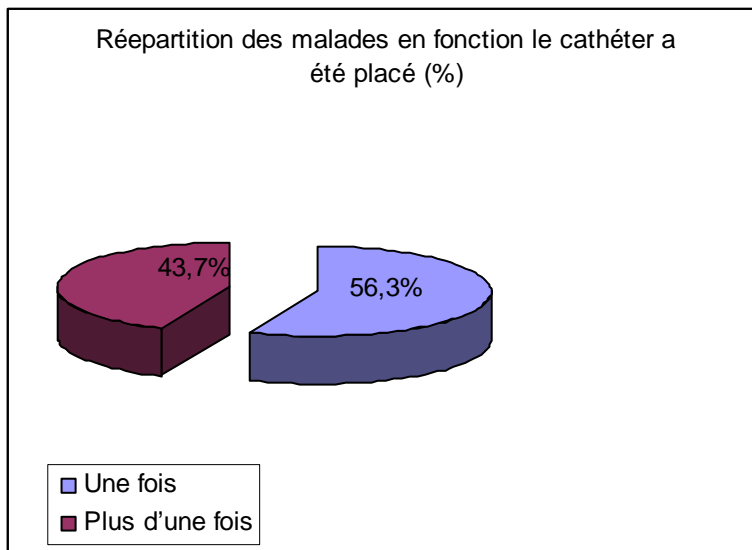


Fig. n° 11 Répartition des malades en fonction du nombre de fois où le cathéter a été placé.

Le cathéter a été placé une seule fois chez 56,3% des hémodialysés.

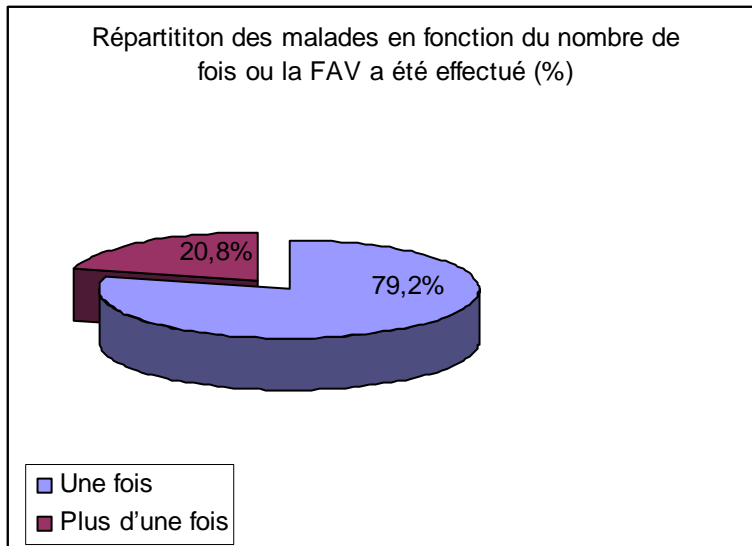


Fig. n° 12 Répartition des malades en fonction du nombre de fois ou la FAV a été réalisée.

La fistule artério-veineuse a été réalisée plus d'une fois dans 79,2 % des cas.

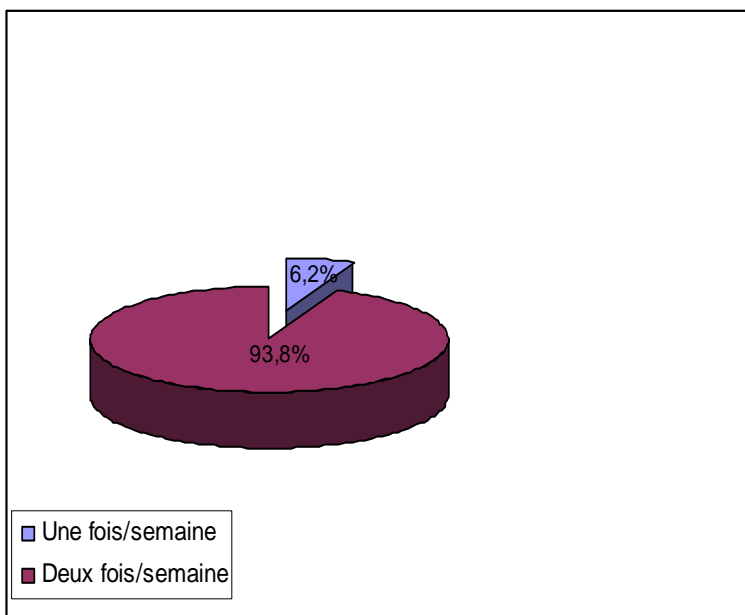


Fig. n° 13 Répartition des malades en fonction du nombre du nombre de séance de dialyse par semaine.

Parmi les patients, 93,8% d'entre eux étaient dialysés deux fois/semaine

Tableau n°II: Répartition des malades en fonction des incidents ou accidents au cours de la dialyse.

Incidents/accidents au cours de la dialyse	Effectif	Pourcentage
Aucun	18	37,5
Crampes	7	14,6
Céphalée	6	12,5
Douleur abdominale	6	12,5
Nausée/vomissements	6	12,5
HTA	6	12,5
Hypotension artérielle	6	12,5
Asthénie	4	8,3
Dyspnée	3	6,3
Douleur thoracique	2	4,2
Douleur générale	1	2,1
Toux	1	2,1

Au cours de la dialyse 37,5% des patients n'avaient pas d'incidents ni d'accidents.

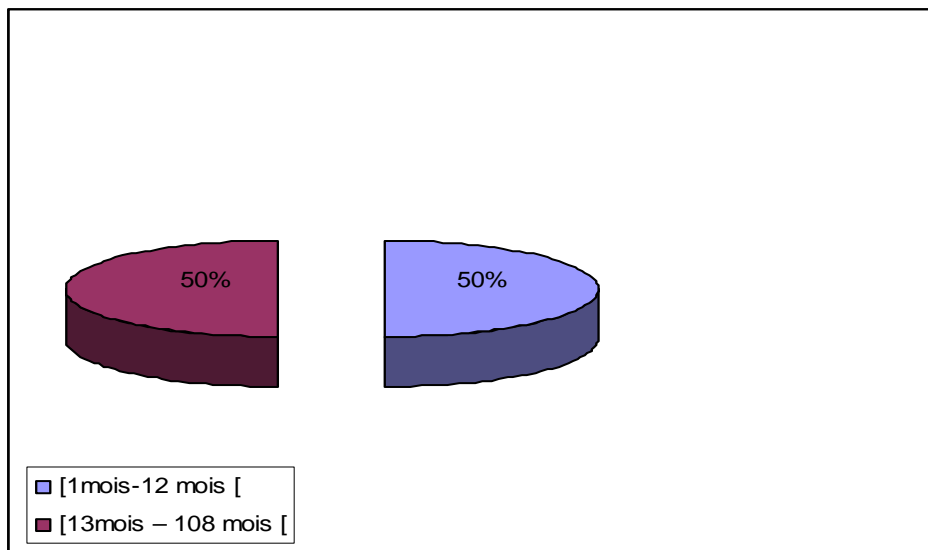


Fig. n° 14 Répartition des malades en fonction de la durée de traitement par la dialyse

Tableau III: Répartition des malades en fonction de la calcémie, la phosphorémie, produit phosphocalcique, la natrémie, la kaliémie.

Bilan	Augmenté	Normal	Diminué	Total
Calcémie n=38	2	6	30	38
Phosphorémie n=30	24	3	3	30
Produit phosphocalcique n=30	17	13	0	30
Natrémie n=34	0	10	24	34
Kaliémie n=34	14	12	8	34

La plupart des sujets avaient une calcémie diminuée (30) patients.

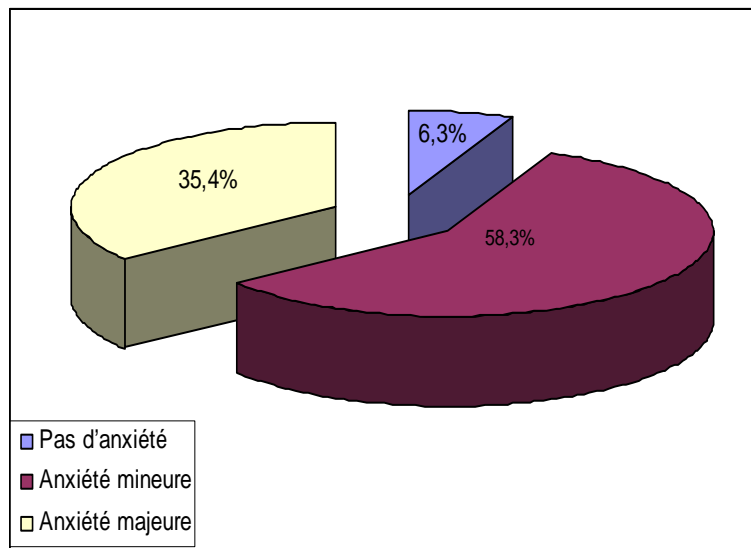


Fig. n° 15 Répartition des malades en fonction de l'anxiété

L'anxiété a été retrouvée chez 93,7 % des patients dont 28 cas d'anxiété mineure (58,3 %).

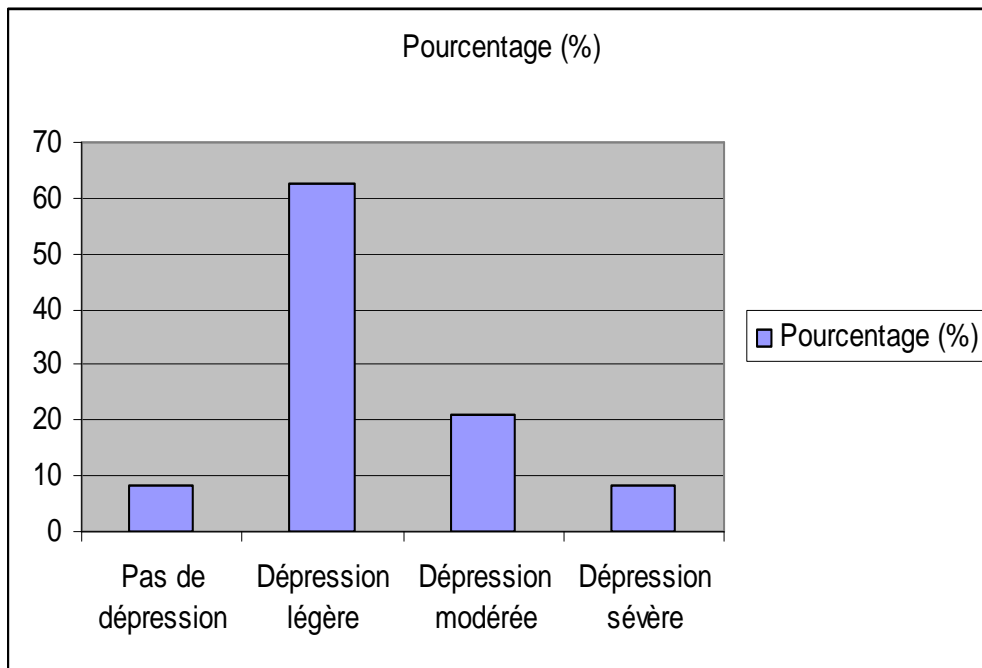


Fig. n° 16 Répartition des malades en fonction de la dépression

La dépression a été retrouvée chez 91,6 % patients dont 30 cas de dépression légère (62,5 %).

RESULTATS ANALYTIQUES

Tableau IV : Répartition selon l'âge et le niveau d'anxiété.

	Pas d'anxiété et anxiété mineure		Anxiété majeure	
18 – 40	16	(51,6%)	11	(70,8%)
41 – 75	15	(48,4%)	6	(29,1%)
Total	31	(100%)	17	(100%)

Chi 2 = 0,76 P = 0,38

De 18 à 40 ans l'anxiété majeure est majoritaire tandis que de 41 à 75 ans l'anxiété mineure est majoritaire.

Tableau V : Répartition selon l'âge et le niveau de dépression.

	Pas de dépression et dépression légère		Dépression modérée et dépression sévère	
18 – 40	19	(55,9%)	8	(57,2%)
41 – 75	15	(44,1%)	6	(42,8%)
Total	34	(100%)	14	(100%)

Chi 2 = 0,01 P = 0,9

De 18 à 40 ans la dépression modérée à sévère est majoritaire tandis que de 41 à 75 ans la dépression légère est majoritaire.

Tableau VI : Répartition selon le sexe et le niveau d'anxiété.

	Pas d'anxiété et anxiété mineure		Anxiété majeure	
Masculin	18	(58,1%)	11	(64,7%)
Féminin	13	(41,9%)	6	(35,3%)
Total	31	(100%)	17	(100%)

Chi 2 = 0,2 P = 0,6

Chez les hommes l'anxiété majeure est majoritaire tandis que chez les femmes l'anxiété mineure est majoritaire.

Tableau VII : Répartition selon le sexe et le niveau de dépression.

	Pas de dépression et dépression légère		Dépression modérée et dépression sévère	
Masculin	22	(64,7%)	7	(50%)
Féminin	12	(35,3%)	7	(50%)
Total	34	(100%)	14	(100%)

Chi 2 = 0,9 P = 0,3

Chez les hommes la dépression légère majoritaire pendant que chez les femmes la dépression modérée à sévère est majoritaire.

Tableau VIII : Répartition selon le niveau scolaire et le niveau d'anxiété.

	Pas d'anxiété et anxiété mineure		Anxiété majeure	
Scolarisé	20	(64,5%)	13	(76,5%)
Non scolarisé	11	(35,5%)	4	(23,5%)
Total	31	(100%)	17	(100%)

Chi 2 = 0,7 P = 0,4

L'anxiété majeure est plus fréquente chez les scolarisés pourtant l'anxiété mineure est plus fréquente chez les non scolarisés.

Tableau IX : Répartition selon le niveau scolaire et le niveau de dépression.

	Pas de dépression et dépression légère		Dépression modérée et dépression sévère	
Scolarisé	22	(64,7%)	11	(78,6%)
Non scolarisé	12	(35,3%)	3	(21,4%)
Total	34	(100%)	14	(100%)

Chi 2 de Yate's = 0,4 P = 0,5

La dépression modérée à sévère est plus fréquente chez les scolarisés alors que l'on retrouve davantage une dépression légère chez les non scolarisés.

Tableau X : Répartition selon le statut matrimonial et le niveau d'anxiété.

	Pas d'anxiété et anxiété mineure		Anxiété majeure	
Mariés	26	(83,9%)	11	(64,7%)
Non mariés	5	(16,1%)	6	(35,3%)
Total	31	(100%)	17	(100%)

Chi 2 de Yate's = 1,3 P = 0,2

L'anxiété mineure est plus fréquente chez les mariés alors que l'anxiété majeure est plus fréquente chez les non mariés.

Tableau XI : Répartition selon le statut matrimonial et le niveau de dépression.

	Pas de dépression et dépression légère		Dépression modérée et dépression sévère	
Mariés	27	(79,4%)	10	(71,4%)
Non mariés	7	(20,6%)	4	(28,6%)
Total	34	(100%)	14	(100%)

Chi 2 = 1,3 P = 0,8

La dépression légère est plus fréquente chez les mariés alors que la dépression modérée à sévère est plus fréquente chez les non mariés.

Tableau XII : Répartition selon la profession et l'anxiété.

	Pas d'anxiété et anxiété mineure		Anxiété majeure	
Travailleurs	24	(79,4%)	12	(70,6%)
Non travailleurs	7	(20,6%)	5	(29,4%)
Total	31	(100%)	17	(100%)

Chi 2 de Yate's = 0,03 P = 0,8

L'anxiété mineure est plus fréquente chez les travailleurs et l'anxiété majeure est plus fréquente chez les non travailleurs.

Tableau XIII: Répartition selon la profession et la dépression.

	Pas de dépression et dépression légère		Dépression modérée et dépression sévère	
Travailleurs	26	(76,5%)	10	(71,4%)
Non travailleurs	8	(23,5%)	4	(28,6%)
Total	34	(100%)	14	(100%)

Chi 2 = 0,0 P = 1

La dépression légère est plus fréquente chez les travailleurs et la dépression modérée à sévère est plus fréquente chez les non travailleurs.

Tableau XIV : Répartition selon le suivi néphrologique avant la dialyse et L'anxiété.

	Pas d'anxiété et anxiété mineure		Anxiété majeure	
Régulier	21	(67,7%)	11	(64,7%)
Irrégulier	10	(32,3%)	6	(35,3%)
Total	31	(100%)	17	(100%)

Chi 2 = 0,05 P = 0,8

L'anxiété mineure a été plus fréquente chez les patients qui ont eu un suivi régulier et l'anxiété majeure a été plus fréquente chez les patients qui ont été irrégulièrement suivis.

Tableau XV : Répartition selon le suivi néphrologique avant la dialyse et la dépression.

	Pas de dépression et dépression légère		Dépression modérée et dépression sévère	
Régulier	24	(70,6%)	8	(57,2%)
Irrégulier	10	(29,4%)	6	(42,8%)
Total	34	(100%)	14	(100%)

Chi 2 de Yate's = 0,32 P = 0,6

La dépression légère a été plus fréquente chez les patients régulièrement suivis et la dépression modérée à sévère a été plus fréquente chez les patients irrégulièrement suivis.

Tableau XVI : Répartition selon la durée d'hospitalisation et l'anxiété.

	Pas d'anxiété et anxiété mineure		Anxiété majeure	
Avant 48h d'hospitalisation	10	(32,3%)	5	(29,4%)
Après 48h d'hospitalisation	21	(67,7%)	12	(70,6%)
Total	31	(100%)	17	(100%)

Chi 2 = 0,04 P = 0,8

L'anxiété mineure a été plus fréquente avant 48h d'hospitalisation par contre elle est moins fréquente après 48h d'hospitalisation.

Tableau XVII : Répartition selon la durée d'hospitalisation et la dépression.

	Pas de dépression et dépression légère		Dépression modérée à dépression sévère	
Avant 48h d'hospitalisation	10	(29,4%)	5	(35,7%)
Après 48h d'hospitalisation	24	(70,6%)	9	(64,3%)
Total	34	(100%)	14	(100%)

Chi 2 de Yate's = 0,01 P = 0,9

La dépression modérée à sévère a été plus fréquente avant 48h d'hospitalisation par contre elle est moins fréquente après 48h d'hospitalisation.

Tableau XVIII : Répartition selon le nombre de changement de CVC et l'anxiété.

	Pas d'anxiété et anxiété mineure		Anxiété majeure	
1 fois	26	(83,8%)	11	(64,7%)
+ 1 fois	5	(16,2%)	6	(35,3%)
Total	31	(100%)	17	(100%)

Chi 2 de Yate's = 1,33 P = 0,2

Les patients chez qui le CVC a été changé une fois sont moins anxieux que ceux chez qui le CVC a été changé plus d'une fois.

Tableau XIX : Répartition selon le nombre de changement de CVC et la dépression.

	Pas de dépression et dépression légère		Dépression modérée à dépression sévère	
1 fois	17	(50%)	10	(71,4%)
+ 1 fois	17	(50%)	4	(28,6%)
Total	34	(100%)	14	(100%)

Chi 2 = 1,85 P = 0,17

Les patients chez qui on a placé le CVC une fois font plus de dépression modérée à sévère que les patients chez qui on a le CVC plus d'une fois.

Tableau XX : Répartition selon le nombre de réfection de la FAV et l'anxiété.

	Pas d'anxiété et anxiété mineure		Anxiété majeure	
1 fois	23	(74,2%)	15	(88,3%)
+ 1 fois	8	(25,8%)	2	(11,7%)
Total	31	(100%)	17	(100%)

Chi 2 de Yate's = 0,6 P = 0,4

Les patients chez qui on a fait la FAV une fois ont été plus anxieux que ceux chez qui on a fait la FAV plus d'une fois.

Tableau XXI : Répartition selon le nombre de réfection de la FAV et la dépression.

	Pas de dépression et dépression légère		Dépression modérée à dépression sévère	
1 fois	25	(73,5%)	13	(92,8%)
+ 1 fois	9	(26,5%)	1	(7,2%)
Total	34	(100%)	14	((100%)

Chi 2 de Yate's = 1,23 P = 0,3

La fréquence de la dépression modérée à sévère est plus élevée chez les patients chez qui la FAV a été faite 1 fois et moins élevée chez ceux dont on a fait la FAV plusieurs fois.

Tableau XXII : Répartition selon la durée de traitement de suppléance et l'anxiété.

	Pas d'anxiété et anxiété mineure		Anxiété majeure	
1 – 12 mois	17	(54,8%)	7	(41,1%)
13 – 108 mois	14	(45,2%)	10	(58,9)
Total	31	(100%)	17	(100%)

Chi 2 = 0,1

P = 0,4

De 1 à 12mois l'anxiété mineure est majoritaire tandis que de 13 à 108 mois l'anxiété majeure est majoritaire.

Tableau XXIII : Répartition selon la durée de traitement de suppléance et la dépression.

	Pas de dépression et dépression légère		Dépression modérée à dépression sévère	
1 mois à 12mois	16	(47,1%)	8	(57,1%)
13 – 108 mois	18	(52,9%)	6	(42,9%)
Total	34	(100%)	14	(100%)

Chi 2 = 0,4

P = 0,5

De 1 à 12mois la dépression modérée à sévère est majoritaire alors que de 13 à 108 mois la dépression légère est majoritaire.

Tableau XXIV : Répartition selon l'anxiété et la dépression.

	Pas de dépression et dépression légère		Dépression modérée à dépression sévère	
Pas d'anxiété, anxiété mineure	29	(85,3%)	2	(14,2%)
Anxiété majeure	5	(14,7%)	12	(85,8%)
Total	34	(100%)	14	(100%)

Chi 2 de Yate's = 18,8

P = 0,000014

L'anxiété mineure est autant fréquente que la dépression légère cependant l'anxiété majeure est autant fréquente que la dépression modérée à sévère.

COMMENTAIRE ET DISCUSSION

I- la méthodologie

La dialyse est une modalité de soins qui modifie énormément le style de vie du patient : une faiblesse physique générale, un régime draconien, une vie de famille perturbée, une altération de la vie sociale et professionnelle, une perpétuelle peur de la mort, la dépendance à une machine causent des tensions psychologiques. On peut y ajouter la douleur, l'inconfort, la fatigue et la restriction hydrique. La dialyse constitue ainsi un stress chronique, qui rend le patient particulièrement vulnérable aux effets des événements stressants. Le fait d'être en dialyse est un facteur favorisant l'anxiété et la dépression.

Au Mali aucune étude n'a été consacrée sur l'impact psychologique de l'hémodialyse.

Notre étude allant du 1^{er} janvier au 29 février 2008 avait pour objectif principal d'étudier la morbidité anxio-dépressive chez le patient hémodialysé.

Nous avons colligé 48 patients selon les critères d'inclusion. Nous n'avons pas pu avoir tous les dossiers d'hospitalisation par ce que certains de nos patients n'avaient pas été hospitalisés chez nous et parmi ceux qui ont été hospitalisés chez nous tous les dossiers n'ont pas été retrouvés ou ils n'étaient pas correctement remplis.

Pour l'évaluation psychiatrique le recueil des données s'est fait lors d'un entretien individuel avec le malade en milieu de séance de dialyse. Deux échelles d'évaluation psychiatrique internationalement validées ont été utilisées.

- l'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton
- l'échelle d'appréciation de dépression de Hamilton.

II- Caractéristiques générales des patients

1- Données socio-démographiques

*Age

Dans notre série l'âge moyen a été de 41,7 ans avec un écart type à 13,4 et des extrêmes de 18 ans et 75 ans. M.NJAH [31] a trouvé en 2001 en Tunisie un âge moyen de 41,7 ans. T. SQUALLI [37] au Maroc en 2005 a rapporté un âge moyen de 42 ans. La tranche d'âge la plus dialysée est celle de 31- 40 ans.

AHMED M.A. en 2006 et DJANDA K.B. en 2004 ont rapporté une prédominance de L'IRC respectivement dans les tranches d'âge de 29 – 39 ans et 30 – 39 ans [1,14].

***Sexe**

Au total 29 hommes et 19 femmes ont participé à l'étude ; la prédominance était masculine et cette prédominance a été retrouvée au Mali en 2007 par DJIBI D (14h / 11f) [15], par KEITA AO (22h/18f) [24], retrouvée également en Tunisie par M.NJAH [31] (63h /46f) contrairement au Maroc où TARIK [37] retrouve une prédominance féminine (49f/44h)

***Statut matrimonial**

Dans notre étude, les mariés ont représenté 77,1% des cas contre 18,8% de célibataires, les veufs et les divorcés représentaient 2,1% des cas. Selon l'EDMS-IV la fréquence générale du mariage dans la population est de 79,2% pour les femmes et 58,5% pour les hommes [17]. Cette fréquence a été en Tunisie de [31] 70,6 % pour les mariés, 22% pour les célibataires, 4.6 % pour les veufs (ves) et 2,7% pour les divorcés.

2-Caractéristiques de la maladie rénale :

Le diagnostic est clinico-biologique dans notre contexte .compte tenu du stade avancé de l'IRC de nos malades et de l'insuffisance du plateau technique.

*Lorsque l'étiologie est retrouvée (72,92%), il s'agissait le plus souvent de néphropathie vasculaire suivi de néphropathie glomérulaire. Au Mali en 2007 DJIBI D. a rapporté comme première étiologie : la néphropathie vasculaire ensuite la néphropathie diabétique [15].En Tunisie M.NJAH retrouve l'étiologie dans 73,4% des cas, il retrouve premièrement la glomérulonéphrite chronique ensuite la néphropathie vasculaire [31]

*La durée moyenne de mise en dialyse est de 2 ans 1 mois dans notre étude. M.NJAH a retrouvé en Tunisie une durée moyenne de 2,9 ans [31].

*Les complications extra rénales étaient représentées essentiellement dans notre série par des troubles hématologiques tels que l'anémie retrouvée chez 77,08 % de nos patients cette prédominance hématologique a également été retrouvée en Tunisie [31] 95,4 % des malades.

3-Evaluation de la morbidité psychiatrique chez l'hémodialyse :

La gravité et l'irréversibilité de l'insuffisance rénale terminale font basculer l'univers du patient. Celui-ci est en effet confronté à une grande angoisse et à d'importante difficulté d'adaptation engendrées par les bouleversements frustrants que subissent son corps dont l'image se détériore et dont la maîtrise lui échappe, sa vie familiale où son rôle se modifie, et sa vie professionnelle

dans laquelle il ne conserve que très rarement l'intégralité de son travail, de ses responsabilités et de ses relations.

- **L'anxiété** a été retrouvée chez 93,7 % des patients dont 28 cas d'anxiété mineure et 17 cas d'anxiété majeure .T.SQUALLI [37] a retrouvé un taux d'anxiété à 69,3 % dont 31 cas d'anxiété majeure.

- **La dépression** a été retrouvée dans notre étude chez 91,6 % des patients Dont 30 cas (62,5 %) de dépression légère, 10 cas (20,8 %) de dépression modérée et 4 cas (8,3 %) de dépression sévère. SQUALLI [37] a retrouvé un taux de dépression a 67 % dont 24 cas de dépression modérée et 7 cas de dépression sévère. Nous pouvons expliquer cette différence par le contexte social.Dans les pays développés les gens sont renfermés alors qu'ici les gens vivent en famille, fréquentent des »grins » :les patients sont entourés.

*** L'âge et l'anxio-dépression.**

Dans notre étude nous avons constaté que l'anxiété majeure et la dépression modérée à sévère étaient majoritaires chez les patients de 18 à 40 ans.

Nous pouvons expliquer cela par le fait que de 18 à 40 ans les patients sont des jeunes et des adultes jeunes qui bâtissent encore leur avenir donc la peur de la mort, les profonds remaniements quotidiens, un sentiment de culpabilité et de dépendance intervient sur leur équilibre psychique. Nos résultats sont contraires à ceux de M. NJAH qui a constaté que les patients de plus de 40 ans ont 2 fois plus de risques de présenter une symptomatologie anxio-dépressive que ceux moins âgés [31]. Nous pouvons expliquer cette différence par le fait que dans les pays développés, la population a tendance à isoler les personnes âgées ce qui est tout à fait le contraire dans notre contexte.

*** Sexe et l'anxio-dépression.**

Le degré d'anxiété a été plus élevé chez l'homme et celui de la dépression a été plus élevé chez les femmes. La prédominance féminine de l'anxio-dépression a été rapportée au Maroc par SQUALLI T. [37].

Nous pouvons expliquer cette prédominance féminine de la dépression par le fait que la femme étant comme une pièce maîtresse de la famille se trouvant incapable d'accomplir toutes ses tâches comme par le passé développe rapidement la pathologie.

***Niveau scolaire et anxio-dépression.**

Le degré d'anxiété et de dépression a été plus élevé chez les scolarisés que chez les non scolarisés. Ces résultats sont contraires à ceux de M. NNJAH en Tunisie

qui a rapporté que la pathologie a été plus fréquemment observée chez les malades analphabètes par rapport aux patients instruits. [31].

***Statut matrimonial et anxio-dépression.**

Le degré d'anxiété et de dépression était plus élevé chez les non mariés que chez les mariés. Nous pouvons expliquer cela par l'importance du soutien du conjoint.

***Profession et anxio-dépression.**

Le degré d'anxiété et de dépression est plus élevé chez les non travailleurs que chez les travailleurs. Nous pouvons expliquer cela par le fait le maintien d'une activité professionnelle jouerait un rôle protecteur vis-à-vis de la morbidité psychiatrique.

***Suivi néphrologique et anxio-dépression.**

La fréquence d'anxiété et de dépression a été plus élevée chez les patients irrégulièrement suivis sur le plan néphrologique avant la mise en dialyse.

Certains de nos patients avaient des idées de culpabilité ou rumaient sur des erreurs passées par ce qu'ils reconnaissent n'être pas venu se faire suivre après la découverte de la pathologie rénale.

***Durée d'hospitalisation avant la dialyse et anxio-dépression.**

La dépression modérée à sévère a été plus fréquente avant 48h d'hospitalisation. Nous pouvons expliquer cela par le fait que la plus grande majorité des patients admis en dialyse avant 48h d'hospitalisation étaient arrivés dans un état inconscient ; donc il n'avait pas été possible de les préparer avant le début du traitement de suppléance.

***Durée de traitement de suppléance et anxio-dépression.**

L'anxiété mineure était majoritaire chez les patients qui avaient 1 à 12 mois en dialyse tandis que la dépression modérée à sévère était majoritaire chez ces mêmes patients. M. NJAH en Tunisie n'a pas observé de modification du niveau symptomatique avec l'ancienneté. [31]

***Anxiété et dépression**

La présence et la sévérité de l'anxiété et de la dépression sont étroitement liées aussi bien dans notre étude (P inférieur à 0,0001) que dans les données de la littérature. [31,37].

CONCLUSION

La prise en hémodialyse met brutalement le patient face à l'idée de mort, sa vie ne reposant plus que sur un traitement lourd et contraignant qui ne lui offre qu'une survie artificielle et un sursis confrontés en permanence à une possible défaillance de son organisme ou de la machine. Liée à la problématique de la mort, qui peut survenir de façon soudaine et violente, émerge une angoisse omniprésente, avec menace de la perte des liens l'unissant à son entourage.

Notre étude confirme la grande prévalence des troubles anxio-dépressifs chez le patient en hémodialyse. Elles sont à la racine de beaucoup de problèmes aussi bien pour le malade, sa famille et l'équipe soignante.

La prise en charge du patient en hémodialyse doit être multidisciplinaire, la collaboration entre psychiatre et néphrologue peut se situer avant, pendant la mise en dialyse afin de limiter les difficultés qui pourraient survenir au cours de la prise en charge et après la mise en dialyse afin d'assurer aux dialysés et leurs familles une prise en charge globale et un soutien psychologique adéquat garantissant une survie plus longue et une meilleure qualité de vie.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous proposons quelques recommandations :

Aux patients insuffisants rénaux chroniques avant la dialyse :

-Etre fidèle à un suivi régulier chez le praticien.

Aux patients en hémodialyse :

-Respecter rigoureusement le régime alimentaire.

-Créer une association pour avoir un cadre de discussion et de soutien mutuel car l'un des meilleurs soutien reste celui de la famille et de la société.

Aux médecins et personnels de santé

- Informer le patient sur son devenir et sur le risque couru par celui-ci à ne pas se faire suivre.

-Savoir reconnaître les troubles anxieux et dépressifs

-Renforcer la collaboration multidisciplinaire pour une meilleure prise en charge globale des patients en hémodialyse.

-Organiser systématiquement une consultation psychiatrique avant la mise en dialyse.

- Sensibiliser la famille sur la place importante qu'elle occupe dans le soutien psychique du malade.

Aux autorités

-Créer d'autre centre d'hémodialyse pour permettre aux patients de se déplacer dans le pays.

-Mettre à la disposition des médecins des bourses d'étude pour la spécialisation de Néphrologie afin de décentraliser l'unité d'hémodialyse.

-Renforcer le plateau technique, clef d'une meilleure prise en charge.

-Développement de la transplantation rénale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- AHMED M.A.

Problématique de la prise en charge des IRC en dialyse à l'hôpital du Point G en 2005.

Thèse de médecine Bamako 2006 – 64P. ; 147

2- ANDRE C.

Les phobies.

Ed Flammarion Do.Paris 1999.

3- ANDRE C.LEGERON P.

La peur des autres.

Ed Odille Jacob, Paris ; 2002.

4- BABA BA.

Contribution a l'étude des états dépressifs au Mali.

Thèse, médecine, Bamako, 1983.No 83-M-12

5-BARRETT BJ, VASASOUR HM, MAJOR A, PARFEY PS.

Clinical and psychological correlates of somatic symptoms in patients on dialysis.

Nephron 1990; 55:10-5

6-BECH P, KASTRUP M, RAFAELSEN OJ.

Echelles d'anxiété, de manie de dépression de schizophrénie.

Ed Masson, Paris 1989.

7-BOUVARD M, COTTRAUX J.

Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie,

Ed Masson (3^e Ed) Paris 2002.

8-BROMN TM, BROWN RL.

Neuropsychiatric consequences of renal failure psychosomatics

1995; 36:244-53.

9-BROWNBRIDGE G, FIELDING DM.

Psychological adjustment and adherence to dialysis treatment regimes.

Pediatr Nephrol 1994; 8:744-9.

10-COULIBALY B.

Approche épidémiologique de la démarche de soins psychiatrique au Mali.
Thèse de médecine, Bamako, 2001.No 83-M-10

11-CONSOLI S.

Troubles psychiatriques des insuffisants rénaux chroniques.
Rev prat 1990 ; 40 :640-3.

12- CORRUBLE E, CHAUDOT C, HARDY P.

Dépression et trouble de la personnalité.
In : Olie JP,Poirier MF,Loo H,editors.
Les maladies dépressives.Ed Flammarion; Paris 2003.p.219-26.

13-DELAY J.

Les dérèglements de l'humeur.
Ed PUF Paris ; 1946.

14- DJANDA KB .

L'IRC dans le service de Néphrologie et d'hémodialyse de l'hôpital du POINT G .Etude épidémio clinique.
Thèse de médecine Bamako 2004- 109P ; 1

15- DJIBI D.

Hémodialyse et morbidité cardio vasculaire dans le service de cardiologie B et de Néphrologie hémodialyse de l'hôpital national du Point G.
Thèse de médecine Bamako 2007- 778 ; 74

16- Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006 (EDMS - IV)

Direction Nationale de la Statistique et de L'information, ministère de l'Economie de l'Industrie et du Commerce.
Macro International Inc.

17-FAELLI S.

Problèmes psychologiques des patients dialyses.
Acta psychiat Belg 1979 ; 79 :535-6.

18-F.FERRERI, C.AGBOKOU, P.NUSS, C.-S. PERETTI.

Clinique des états dépressifs.
Ed Elsevier SAS 2006

19- FINKELSTEIN FO, FINKELSTEIN SH.

Dépression in chronic dialysis patients: assessment and treatment.
Nephrol Dial transplant 2000; 15(12):1911-3.

20- GOURDON M.L., RIAZUELO H., CAUSERET C.

L'agressivité en dialyse.
Les cahiers Dialog Paris 2003-8 ; 12

21- HARDY P.

Dépression et maladies somatiques.
In : Feline A, Hardy P, de Bonis M, editors.
Etude de la dépression. Ed Masson; Paris 1991. P 175-90.

22- KALMAN TP, WILSON PG, KALMAN CM.

Psychiatric morbidity in long-term renal transplant recipients and patients under going haemodialysis.
A comparative study. JAMA 1983; 250:55-8

23- KANEKO S, SATO, HIRAYAMA N, EBA H.

Psychiatric complications with chronic hemodialysis.
Japn J Psych Neurol 1986; 40:559-70.

24- KEITA AO

Hémodialyse chronique : Profil épidémiologique – clinique et évolutifs des complications per dialytiques dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du Point G.
Thèse de médecine : Bamako 2007- 58P ; 105

25- KIMMEL PL,

Psychosocial factors in dialysis patients.
Kidney int 2001; 59(4): 1599-602.

26- KIMMEL PL, PETERSON RA, WEIHS KL, SIMMENS SJ, ALLEYNE S, CRUZ I, et AL.

Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients.
Kidney Int 2000; 57(5):2093-107.

27-KIMMEL PL, PETERSON RA, WEIHS KL, SIMMENS SJ, ALLEYNE S, CRUZ I, et AL.

Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients.

Kidney Int 1998; 54(1):245-54.

28-LOPES AA, BRAGG J, YONG E, GOODKIN D, MAPES D, COMBE C, et AL.

Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe.

Kidney int 2002;62(1):199-201.

29- MAALEJ M, AYADI N, LABIDI K, JARRAYA A
hemodialyses.

Ann Psych 1992 ; 7(1) :50-2.

30-MONTAGNAC R, DEFERT P, SCHILLIGER F.

Impact psychologique de l'hémodialyse périodique chez l'adulte.

Néphrologie 1992; 13(4) :145-149

31-NJAH M, NASR M, BEN DHIA N.

Morbidité anxio-dépressive chez le patient hémodialysé.

Néphrologie vol 22 n°7 2001, p 353-357

32-OLIE JP, POIRIER MF, LOO H.

Les maladies dépressives.

Paris : Edition médecine-sciences, Flammarion, 1995.

33- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

CIM-10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement 10^e révision. Critère diagnostique pour la recherche.

Ed Masson, Paris ; 1994.

34- PICHOT P, PULL CB, VON FRENCKELL R, PULL MC.

Une analyse factorielle de l'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton.

Psychiatria Fennica ; 1981. p.183-9.

35- RANGARAJ J , PELISSOLO A.

Identification des troubles anxieux.

Annales Médico Psychologiques 161 (2003) 250-254.

36-SABOURAUD-SEGUIN A.

Revivre après un choc.

Ed Odille Jacob, Paris ; 2002

37-TARIK SH, ISMAIL R, ZAHRA F, AHMED T, FATIMA ZS, NAIMA O, FATIMA E, LOUBNA B, HAKIMA R, JAMAL EK, LEILA B.

Troubles anxio-dépressifs et qualité de l'hémodialyse.

J.néphro.2005.01.007:32-37

38-VILLENEUVE A, CAZEJUST T, KAMMER F.

Affects dépressifs dans les maladies organiques.

Rev med 1980; 2:90-102.

39- WALTERS BA, HAYS RD, SPRITZER KL, FRIDMAN M, CARTER WB.

Health-related quality of live, depressive symptoms, anemia, and malnutrition at hemodialysis initiation.

Am J Kidney Dis 2002; 40(6):1185-94.

40- WATNICK S, KIRWIN P, MAHNENSMITH R, CONCATO J.

The prevalence and treatment of depression among patients with chronic renal failure.

Am J Kidney Dis 2003; 41(1): 105-10.

41- BERLAND Y, DUSSOL B.

Néphrologie pour l'interne Tome 4.

Edition Elsevier SAS Marseille 2003: 223 – 226.

42-ZUNG WK, MAGILI M, MOORE MD,

Recognition and traitement of depression in a family medicine practice.

J Clin psych 1983; 44:3-6

FICHE D'ENQUETE

I IDENTIFICATION DU MALADE

- Q1 Fiche d'enquête .no...../.../.../.../
- Q2 Nom prénom <.....>
- Q3 Age..... /.../.../
- Q4 Sexe...../.../
- 1= M ; 2= F
- Q5 Niveau scolaire...../.../
- 1=Scolarisé primaire 2=solarisé secondaire
3=solarisé supérieur 3=non solarisé
- Q6 Statut matrimonial...../.../
- 1=Célibataire 2=Marie 3=divorce 4=veuf 5=veuve
- Q7 Profession...../.../
- 1= élève ; 2= fonctionnaire ;3=agro-pastorale ; 4= commerçant
5= ouvrier ; 6= profession libérale ;7=profession
informelle ;8=ménagère..... /.. /
- Q8 Ethnie...../.../.../
- 1= Bambara ; 2= Peulh ; 3= Malinké ; 4= Dogon ; 5= Sarakolé
6= Senoufo ; 7= Sonrai 8= Tamashek 9= Maure
10= Autres à préciser
- Q9 Provenance...../.../
- 1= Kayes ; 2= Koulikoro ; 3= Sikasso ; 4 : Ségou ; 5= Mopti
6= Tombouctou ; 7= Gao ; 8= Kidal ; 9= Bamako.....
- Q10 Milieu de vie...../.../
- 1= urbain ; 2= Rural
- Q11 Nationalité...../.../
- 1= malienne ; 2= étrangère

II CARACTRISTIQUES DE LA MALADIE RENALE

- Q12 Etiologie...../.../
- 1 : Vasculaire ; 2 : Glomérulaire ; 3 : Tubulo interstitielle ; 4 : Hériditaire
5 : Indéterminée
- Q13 Complications...../.../
- 1 : Nausée 2 : vomissement 3 : OMI 4 : acidose métabolique
5 : Hyperkaliémie 6 : Hypocalcémie 7 : hyponatrémie 8 : Insomnie
9: Céphalée 10 : torpeur/obnubilation 11 : Anémie 12 : Aménorrhée
13 : Trouble de la miction 14 : Infection due au Paludisme
16 : Givre urémique 17 : Prurit 18 : Asthénie 19 :IC 20 :HTA
21 :Péricardite 22 :Saignement
- Q14 Suivi néphrologique avant le début de la dialyse...../.../

Morbidité anxio-dépressive chez le patient hémodialysé dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du Point G

1 : Régulier 2 : Irrégulier 3 : Non précisé

Q15 Durée d'hospitalisation avant la dialyse
dialyse...../.../

1 : 48 heures 2 Après 48 heures 3 non précisé

Q16 Type d'abord vasculaire par laquelle l'hémodialyse a débutée...../.../

1 : CVC 2 : FAV

Q17 Nombre de fois où le CVC a été placé...../.../

1 ,2,3,4,5,6,7,8,9,10

Q18 Nombre de fois où la FAV a été faite/.../

1,2,3 ,4,5,6,7,8,9,10

Q19 Rythme des séances de dialyse...../.../

1 : Réguliers 2 : Irrégulier 3 : non précisé

Q20 Incidents ou accidents au cours de la dialyse...../.../

1 : Poussée d'HTA 2 : Fièvre ou frissons
3 : Nausée et vomissements 4 : Crampes musculaires
5 : Douleur thoracique 6 : Coagulation dans le circuit
7 : Douleur abdominale 8 : Prurit 9 : Autres à préciser

Q21 Durée du traitement...../.../.../

1 : <1mois 2 : >1mois <6mois 3 : >6mois <12mois
4 : >1an <3ans 5 : >3ans <6ans 7 : >6ans <9ans 8 : Inconnu

Q22 Calcémie.....

Q23 Phosphorémie.....

Q24 Produit phosphocalcique.....

Q25 Natrémie.....

Q26 Kaliémie.....

III CARACTÉRISTIQUES DE LA MALADIE PSYCHIATRIQUE

A : L'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton

Cotation

0=absent 1=léger 2=moyen 3=fort 4=maximal

- 1 : Humeur anxieuse...../.../
- 2 : Tension/.../
- 3 : Peurs/.../
- 4 : Insomnie/.../
- 5 : Fonctions intellectuelles (cognitives)...../.../
- 6 : Humeur dépressive/.../
- 7 : Symptôme somatiques généraux (musculaires)...../.../
- 8 : Symptômes somatiques généraux (sensoriels)...../.../
- 9 : Symptômes cardiovasculaires...../.../
- 10 : Symptômes respiratoires/.../
- 11 : Symptômes gastro-intestinaux...../.../
- 12 : Symptômes génito-urinaires...../.../
- 13 : Symptômes du système nerveux autonome...../.../
- 14 : Comportement lors de l'entretien...../.../

B : L'échelle d'appréciation de l'humeur de Hamilton

- 1 : Humeur dépressive...../.../
- 2 : Sentiment de culpabilité...../.../
- 3 : Suicide...../.../
- 4 : Insomnie du début de nuit...../.../
- 5 : Insomnie du milieu de nuit...../.../
- 6 : Insomnie du matin...../.../
- 7 : Travail et activité...../.../
- 8 : Ralentissement...../.../
- 9 : Agitation...../.../
- 10 : Anxiété psychique...../.../
- 11 : Anxiété somatique...../.../
- 12 : Symptômes somatique gastro-intestinaux...../.../
- 13 : Symptômes somatique généraux...../.../
- 14 : Symptômes génitaux...../.../
- 15 : Hypochondrie...../.../
- 16 : Perte de poids
(D'après les dires du malade)...../.../
Perte de poids (apprécie par pesées)...../.../
- 17 : Prises de conscience...../.../

FICHE SIGNALITIQUE :

AUTEUR : MEKOMGNO Marie Béatrice

THEME : Morbidité anxio-dépressive chez le patient hémodialysé dans le service de Néphrologie et d'hémodialyse du CHU du PT G.

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007-2008

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la faculté de Médecine de Pharmacie et d'odontostomatologie.

VILLE : Bamako

PAYS : MALI

RESUME :

Nous avons mené de Janvier à Février 2008 une étude transversale dans le but de déterminer la fréquence, les signes des troubles anxieux et dépressifs chez le patient en hémodialyse.

L'étude a pris en compte tous les patients en hémodialyse consentants et les non vacanciers. Le recueil des données s'est fait lors d'un entretien individuel d'une durée approximative de 30 minutes en milieu de séance de dialyse.

Sur 48 patients examinés 29 (60,4 %) étaient des hommes, 19 (39,6 %) étaient des femmes. La moyenne d'âge était de 41,7 ans avec des extrêmes de 18 ans et 75 ans. Dans notre étude il y avait plus de non scolarisés (31,3%), suivi des scolarisés primaires (27,1%), des scolarisés supérieurs (27,1%). Les catégories professionnelles les plus représentées étaient les ménagères (25%), les fonctionnaires (22,9 %), les commerçants (20,8 %). Les mariés représentaient 77,1 % de notre échantillon. L'étiologie probable la plus retrouvée était l'HTA. Au terme de l'entretien, l'anxiété a été retrouvée chez 45 (93,7%) avec 58,3% d'anxiété mineure, 35,4 % d'anxiété majeure. La dépression a été retrouvée chez 44 patients (91,6 %) avec 62,5% de dépression légère, 20,8% de dépression modérée, 8,3 % de dépression sévère.

La classe d'âge 31- 40 ans était la plus représentée.

Ainsi les troubles anxio-dépressifs sont très fréquents chez le patient en hémodialyse et doivent bénéficier d'une attention particulière pour une prise en charge multidisciplinaire avant et après la mise en dialyse.

Mots clés : Hémodialyse - Anxiété – Dépression – Insuffisance rénale chronique

Echelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton (31)

L'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton.

C'est l'échelle d'anxiété la plus utilisée. Elle comporte 14 items que va coter un évaluateur après un entretien clinique (Tableau). D'après P.Pichot,

- la note 0 correspond à l'absence de manifestation de symptôme ;
- la note 1 correspond à des manifestations d'intensités légères ;
- la note 2 correspond à des manifestations d'intensités moyennes ;
- la note 3 correspond à des manifestations d'intensités fortes ;
- la note 4 correspond à des manifestations d'intensités extrêmes, véritablement invalidantes ;

La note 4 ne devra être attribuée qu'exceptionnellement. La cotation est déterminée par la symptomatologie actuelle c'est à dire, le comportement au cours de l'entretien ou des symptômes d'une durée maximum d'une semaine. La note globale est la somme des notes obtenues à chacun de ces items.

Il n'y a pas d'anxiété si cette note est de 0 à 5 ;

L'anxiété est mineure entre 6 et 14 ;

Elle est dite majeure pour une note à 15 et plus.

Présentation

1- Humeur anxieuse

Inquiétude –Attente du pire – Appréhension (anticipation avec peur)- Irritabilité

2- Tension :

Sensation de tension- Fatigabilité- Impossibilité de se détendre- Réaction de sursaut- Pleur facile –Tremblement – Sensation d'être incapable de rester en place

3- Peur :

Du noir – des gens qu'on ne connaît pas – D'être abandonné seul – Des gros animaux- De la circulation- De la foule

4- Insomnie :

Difficultés d'endormissement- Sommeil interrompu – Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil – Rêves pénible – Cauchemar- Terreurs nocturnes

5- Fonctions intellectuelles-(cognitives):

Difficultés de concentration- Mauvaise mémoire

6- Humeur dépressive:

Perte des intérêts- Ne prend plus plaisir à ses passe-temps- Dépression -
Insomnie du matin – Variation de l'humeur dans la journée

7- Symptômes somatique généraux (musculaire) :

Douleurs et courbatures dans les muscles – Raideurs musculaires – sursaut musculaire- Secousses cloniques- Grincement de dents- Voix mal assurée

8- Symptômes somatique généraux (sensoriels) :

Tintements d'oreilles- Vision brouillée- Bouffée de chaleur ou de froid-
Sensation de faiblesse- Sensations de picotements

9- Symptômes cardio-vasculaires:

Tachycardie- Palpitations- Douleur de la poitrine- Battement des vaisseaux-
Sensations syncopales- Extrasystoles

10- Symptômes respiratoires:

Poids sur la poitrine ou sensation de contrition – Soupir – Sensation
d'étouffement – Dyspnée

11- Symptômes gastro-intestinaux:

Dyspepsie : douleur avant ou après le repas, sensation de brûlure, ballonnement,
pyrosis, nausées vomissement creux à l'estomac
Difficultés d'avaler- Vent- <<Colique>> abdominale- Borborygmes- Diarrhée-
Perte de poids – Constipation

12- Symptômes génito-urinaire:

Mictions fréquentes- Urgence de la miction – Aménorrhée- Ménorragies-
Apparition d'une frigidité- Ejaculation précoce- Absence d'érection-
Impuissance

13- Symptômes du système nerveux autonome:

Bouche sèche- Accès de rougeur- Pâleur- Vertiges- Tendance à la sudation –
Céphalées de tension – Horripilation

14- comportement lors de l'entretien:

Général :

Tendu non a son aise- Agitation nerveuse : des mains, tripotes ses doigts, serre
les poings, tics, serre son mouchoir- Instabilité va-et-vient – Tremblement des
mains – Front plissé- Faciès tendu- Augmentation du tonus musculaire-
Respiration haletante- Pâleur faciale

Physiologie :

Avale sa salive- Eructation- Tachycardie au repos- Rythme respiratoire à plus de 20/min- Réflexes tendineux vifs- Tremblement- Dilatation pupillaire- Exophtalmie – Sudation- Battement des paupières

Total général :

Echelle de dépression de Hamilton

Nom..... Prénom.....
Date..... Posologie..... 17 items (0 à 54)

1. HUMEUR DEPRESSIVE (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, autodépréciation).

0 : Absent

1 : Ces états affectifs ne sont signalés que si on interroge le sujet.

2 : Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.

3 : Le sujet communique ces états affectifs non verbalement, par exemple par

son expression faciale, son attitude, sa voix et sa tendance à pleurer

4 : Le sujet ne communique pratiquement que ces états affectifs dans ses ses communications spontanées verbales et non verbales

/.../

2. SENTIMENTS DE CULPABILITE

0 : Absent

1 : S'adresse des reproches à lui-même, à l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.

2 : Idées de culpabilités ou ruminations sur des erreurs passées ou des actions condamnables.

3 : La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.

4 : Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou des hallucinations Visuelles menaçantes.

/.../

3. SUICIDE

0 : Absent

1 : A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécu.

2 : Souhaite être mort ou équivalent ; toutes pensée de mort possible dirigé contre lui même.

3 : Idée ou gestes de suicide.

4 : Tentative de suicide (coter 4 toute tentative sérieuse).

/.../

4. INSOMNIE DU DEBUT DE LA NUIT

0 : Pas de difficulté à s'endormir

1 : Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir, par exemple de mettre Plus d'une demie heure.

2 : Se plaint d'avoir chaque fois des difficultés à s'endormir. /.../

5. INSOMNIE DU MILIEU DE LA NUIT

0 : Pas de difficulté.

1 : Le malade Se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit.

2 : Il se réveille pendant la nuit (coter 2 toutes les fois ou le malade se lève du lit sauf si c'est pour uriner). /.../

6. INSOMNIE DU MATIN

0 : Pas de difficulté.

1 : Se réveille de très bonne heure le matin, mais se rendort.

2 : Incapable de se rendormir s'il se lève. /.../

7. TRAVAIL ET ACTIVITES

0 : Pas de difficulté.

1 : Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.

2 : Perte d'intérêt dans les activités professionnelles ou de détente ou bien décrite directement par le malade, ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations (il à l'impression qu'il doit se forcer pour avoir une activité).

3 : Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.

A l'hôpital, coter 3 si le malade ne passe pas au moins 3 h par jour à des

activités (aide aux infirmières ou thérapie occupationnelle- à l'exclusion des tâches de routine de la salle).

4 : A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle. A l'hôpital, coter 4 si le malade n'a aucune autre activité que les tâches de routine de la salle, ou s'il est incapable d'exécuter ces tâches de routine sans être aidé.
/.../

8. RALENTISSEMENT (lenteur de la pensée et du langage ; baisse de la faculté de concentration ; baisse de l'activité motrice).

- 0 : langage et pensée normaux.
- 1 : Léger ralentissement à l'entretien.
- 2 : Ralentissement manifeste à l'entretien.
- 3 : Entretien difficile.
- 4 : Stupeur, entretien impossible.

/.../

9. AGITATION

- 0 : Aucune.
- 1 : Crispation, secousses musculaires.
- 2 : Joue avec ses mains, ses cheveux ; absence de repos.
- 3 : Bouge, ne peut rester assis tranquille.
- 4 : Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

/.../

10. ANXIÉTÉ PSYCHIQUE

- 0 : Aucune trouble.
- 1 : Tension subjective et irritabilité (anxiété légère).
- 2 : Se fait du souci à cause des problèmes mineurs (anxiété modéré).
- 3 : Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage (anxiété sévère).
- 4 : Peur exprimées sans qu'on pose de questions (anxiété invalidante)

/.../

11. ANXIETE SOMATIQUE

0 : Absente.

1 : Discrète (gastro-intestinaux, bouche sèche, troubles digestifs, diarrhée Colique, éructations).

2 : Moyenne.

3 : Grave (cardiovasculaires : palpitations, céphalées).

4 : Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle (respiration : hyperventilation /.../ soupirs, pollakiurie, transpirations).

12. SYMPTÔMES SOMATIQUES GASRO-INTESTINAUX

0 : Aucune.

1 : Perte d'appétit mais mange sans y être poussé par les infirmières. Sentiment de lourdeur abdominale .

2 : A des difficultés à manger e l'absence d'indication du personnel.

Demande

ou a besoin de laxatif, de médicaments intestinaux ou gastriques

/.../

13. SYMPTÔMES SOMATIQUES GENERAUX

0 : Aucun.

1 : Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleur dans le dos, Céphalées, douleurs musculaires. Perte d'énergie et fatigabilité.

2 : Coter 2 au cas ou n'importe qu'elle symptôme est net

/.../

14. SYMPTÔMES GENITAUX

0 : Absents.

1 : Légers.

2 : Graves.

15. HYCONDRIE

0 : Absente.

1 : Attention concentré sur son propre corps.

2 : Préoccupations sur sa santé.

3 : Plaintes fréquentes, demandes d'aide, conviction d'être malade physiquement.

4 : Idées délirantes hypochondriaques. /.../

16. PERTE DE POIDS (d'après les dires du malade).

0 : Pas de perte poids.

1 : Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.

2 : Perte de poids certaine (suivant ce que dit le malade).

/.../

PERTE DE POIDS (appréciée par pesées)

0 : Moins de 500 g de perte poids par semaine.

1 : Plus de 500 g de perte de poids par semaine.

2 : Plus de 1 kg de perte de poids par semaine.

/.../

17. PRISE DE CONSCIENCE

0 : Reconnaît qu'il est déprimé et malade.

1 : Reconnaît qu'il est malade, mais l'attribue à la nourriture, au climat

Au surmenage, à u virus à u besoin de repos, etc.

/.../

2 : Nie qu'il est malade.

SCORE TOTAL :

/.../

Normes :

D'après BECH et COLL

-de 0 à 7 : pas de dépression ;

-de 8 à 17 : dépression légère ;

-de 18 à 25 : dépression modérée ;

-de 26 à 52 : dépression sévère

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence de mes Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !